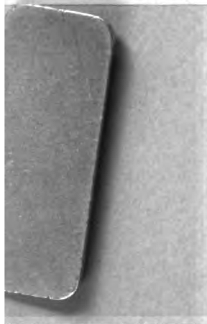










NORDISKT

MEDICINSKT ARKIV

UNDER MEDVERKAN

AF

Prof. Dr G. ASP, Arkiater, Dr O. HJELT, Prof. Dr E. A. HOMÉN, Prof. Dr J. W. RUNEBERG, Generaldirektör Dr FR. SALTZMAN, i Helsingfors. — Prof. Dr G. A. GULDBERG, Dr A. HOLST, Prof. Dr S. B. LAACHE, Prof. Dr J. NICOLAYSEN, i Kristiania. — Prof. Dr I. H. CHIEWITZ, Stadsläge E. M. HOFF, Prof. Dr C. REISZ, Prof. Dr F. TRIER, Prof. Dr OSKAR BLOCH, Prof. Dr T. HOWITZ, Dr L. MEYER, i Köbenhavn. — Prof. Dr V. ODENIUS, Prof. Dr S. RIBBING, i Lund. — Prof. Dr J. BERG, Prof. Dr R. BRUZELIUS, Prof. Dr J. G. EDGREN, Prof. Dr grefve K. A. H. MÖRNER, Prof. Dr C. ROSSANDER, Prof. Dr E. ÖDMANSSON i Stockholm. — Prof. Dr S. HENSCHEN, Prof. Dr K. LENNANDER i Upsala.

REDIGERADT OCH UTGIFVET

AF

PROF. DR AXEL KEY,
I STOCKHOLM.

TJUGONIONDE BANDET.

MED 10 TAFLOR OCH 23 ZINKOTYPIER.

NY FÖLJD. 1897. BAND VII.

STOCKHOLM
P. A. NORSTEDT & SÖNER.

HELSINGFORS	KRISTIANIA	KÖBENHAVN
G. W. EDLUNDS BOKHANDEL.	J. W. CAPPELEN.	H. HAGERUP

Stockholm, 1897. Kungl. Boktryckeriet.

INNEHÅLL.

Förteckning öfver referaten.

Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi:

Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi:

Speciel patologi och terapi:

Kirurgi och oftalmiatrik:

Psykiatri:

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar:

Pediatrik:

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi:

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, historik, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi:

E. ALMQUIST: Arbetarebostadsfrågans nuvarande ståndpunkt. — R. WAWRINSKY: Om barnavården och fosterbarnväsendet. — Underdånigt förslag till ordnande af fosterbarnsvården m. m., afgifvet d. 27 jan. 1897 af den af K. Maj:t för ändamålet tillsatta komitén. — ERNST ALMQUIST: Allmän hälsovårdslära med särskildt afseende på svenska förhållanden, för läkare, medicine studerande, hälsovårdsmyndigheter, tekniker m. fl. — Statistiske Oplysninger. V. Om Köbenhavn og Frederiksberg. — J. CARLSEN: Dödsårsagerne i Kongeriget Danmarks Byer i 1895. — POUL HEIBERG: Studier over den statistiske Undersögelsesmetode som Hjälpemiddel ved terapevtiske Undersögelser. — AXEL POULSEN: Om Sundhedsvisitationernes Formål, Form og Anvendelse. — CHR. JÜRGENSEN: Om offentlig Ordning af Bageri- og Brödforholdene. — S. MEYER: Om vederlagsfri Hospitalsindläggelse og vederlagsfri Desinfektion. — VALDEMAR HANSEN: Korrespondance. — NILS ENGLUND: Desinfektion med formalin. — NILS ENGLUND: Desinfektionsförsök med formalin och formaldehyd. — D. DJURBERG: Desinfektionsförsök med den TRILLATska autoklaven. — G. H DOVERTIE: Om lungsotens frekvens i Sveriges städer. — I. G. EDGREN: Om lungsotens utbredning, botlighet och bekämpande. — Diskussion om tuberkulosfrågan.

K. CARÖE og G. NORRIE: Den danske Lägestand. Kandidaterne 1891—96. — LIND: Indledning af en Diskussion om forskellige Spörgsmål vedrörende den köbenhavnske Lägestands Foreningsforhold. — Tiende Beretning fra Foreningen for Lägevägtsstationer 1896. — Sundhedsvedtägter. — BIERING: Justitsministeriets Cirkuläre af 11 Juni 1895. — J. LEHMANN: Sundhedsvedtägterne i 1896. — TRAUTNER: Beretning om Sygeplejesagens Stilling udenfor Köbenhavn i 1896. — AXEL HERTEL: Om Arbejdsstillinger. — CHR. JÜRGENSEN: De menneskelige Födemidlers kemiske Sammensätning i grafisk Fremstilling. — Kloakplanens Gennemförelse. — JUST-NIELSEN: Prostitutionsspörgsmålet. Straf eller Sundhedsforholdsregel? — H. A. NIELSEN: Om Koleraens Forhold til Tysklands Floder og de i disse fundne Spiriller. N:r 22 ss. 24—27.

L. WOLFF: EDWARD JENNER och vakcinationen. — De medicinske Läreanstalters »Udvidelse». — TSCHERNING og Red. af Hosp.-Tidende: Kommunehospitalets Praktikantkliniker. — MYGGE og KNUD FABER: Kommunehospitalets Praktikantkliniker. — VINGE: Lägernes professionelle Annonceringer. — HOLST: D:o d:o. — G. NIELSEN; D:o d:o. — A. ROVSING: Kollegialt. — S. MEYER: D:o. — SELCHAU: D:o. — G. BORCH: Rigsdagen og Lägestanden. — G. BORCH: Det forestående Lägemöde. — G. BORCH: Om Sygekasser for velstillede. — —s: Statsunderstöttelse til Sygekasser, som ikke yde Medlemmerne Lägehjälp. — E. ALMQUIST: Några ord om den kollektivutställning öfver sjukvård och sanitära arbeten i Sverge, som finnes utstäld i Nordiska museet. — E. ALMQUIST: Några synpunkter angående läroböcker i Hygien. — HAMMERICH: Epidemilov. — H. P. ÖRUM: Kommunens Sygeplejeskole. — AXEL MIKKELSEN: Arbejdsstillinger. — ERNST BOLIN: Sjukligheten i Upsala under åren 1895 och 1896, — H. WESTERGAARD: Statistiske Iagttagelser over Tändernes Tilstand hos köbenhavnske Skolebörn. — THORLAKSEN: Om Tandkaries og dens Udbredelse, särligt med Hensyn til Börnene i Köbenhavns Kommuneskoler. — KLAS LINROTH: Berättelse till kgl. medicinalstyrelsen om allmänna hälsotillståndet i Stockholm under året 1896. — HENRIC BENCKERT: Göteborgs hälsovårdsnämnds årsberättelse för 1896. — AUG. BERLIN: Förste provinsialläka- » 28 » 19—24.

Militär hälsovård:

Alfabetisk innehållsförteckning.

(Arkivets originaluppsatser äro betecknade med en asterisk.)

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1897. N:r 1.

Om Propagation med "nervus opticus" af Sarkomer, opståede indenfor bulbus oculi.

Af

AAGE A. MEISLING.

Förste assisterende Läge ved Poliklinikens Öjenafdeling. København.

Med 1 Tavle.

Blandt de intraokuläre tumores har som bekendt Nethindegliomet en udpräget Tilböjelighed til at brede sig i nervus opticus, ligesom Dobbeltsidigheden af Lidelsen ikke er noget absolut själdent Fänomen. Ved Nethindegliomet kan Propagationen i nervus opticus vel betegnes som en typisk Fase i denne Svulsts Växt, hvorimod denne Proliferationsmåde forekommer mindre hyppig ved de intraokulärt opståede Sarkomer og her må betragtes som en Undtagelse, om end ikke som noget särlig själdent.

I närvärende Afhandling skal meddeles 3 Tilfälde, observerede på Universitetskliniken i København. For Tilladelsen til Offentliggörelsen af Journalerne bringer jeg Professorerne E. HANSEN-GRUT og J. BJERRUM min bedste Tak. Disse Tilfälde frembyde Interesse derved, at der dels fandtes et intrabulbärt opstået Sarkom i det ene Öje, dels en Affektion af det andet Öje, hvis Ätiologi kan bringes i Sammenhäng med den primäre Lidelse gennem en Udbredning med nervus opticus (gennem chiasma) til det andet Öjes Synsnerve eller orbita. Det förste Tilfälde frembyder i mange Henseender aparte Forhold.

Patienten var en 61-årig Landmand, der i Begyndelsen af Juni 1896 sögte Kliniken. Han angav at have mistet Synet på venstre Öje efter en Läsion med et Strå for omtr. 12 År siden. Der kom Betändelse, og Synet gik tabt. Senere havde Öjet af og til väret Säde for nogen Irritation med Rödme og Svulst, senest de sidste Uger. Andre Oplysninger om dette Öje kunde han ikke give, og Grunden til, at han sögte Kliniken, var nok så meget den, at Synet på höjre Öje i de sidste År var taget af, således at han i de sidste 3 Uger ikke havde kunnet läse almindelig Stil.

Ved Undersögelsen fandtes:

Venstre Öje: nogen chemotisk Svulst af conjunctiva bulbi, så at palpebra inferior ektropioneres. Bulbus mere prominent end normalt, skrumpet, med uregelmässig, knudret Overflade. Cornea er helt indskrumpet. I Äkvatoregnen og bagved denne er bulbus hård for Palpationen (Forbening af chorioidea? Nydannelse?). Opad indad for bulbus föles en prominent Knude.

Höjre Öje: $S = \frac{5}{60}$ uden Bedring af Synet ved Brilleglas. Der er nogen Astigmatisme med Axe omtr. 110°. Der findes et centralt Farveskotom for rödt; det kan ikke afgränses mod Periferien. Ingen Indsnävring af Ydergränserne for hvidt. Oftalmoskopisk intet abnormt i centrum eller andensteds. Patientens övrige habitus fremböd intet abnormt.

Da Undersögelsen af venstre Öje lod formode en Nydannelse, blev der foreslået ham en Fjärnelse af denne, hvori han indvilligede. Der blev först gjort Forsög på Enukleation; men det viste sig meget vanskeligt at lösne Senerne, da bulbus var indlejret i en Masse af hårdt, mörkt Väv, hvortil den adhärerede. Efter Spaltning af canthus externus gjordes da Exenteration af den hele orbita udfyldende Masse, som bortfjärnedes i Forening med bulbus. I orbita adhärerede tumor särlig til Bunden og den indvendige Väg; sidstnävnte Sted er Benväggen usureret i stor Udsträkning, uden at der dog synes at väre trängt Svulstväv herigennem. Defekten i Benväggen dannede en omtr. 3 Cm. lang, indtil omtr. $1\frac{1}{2}$ cm. bred Spalte forfra bagtil med uregelmässige, takkede Rande. Så vidt man kunde skönne, trängte intet Blod ind i Näse eller Mund fra orbita. Bunden af orbita rensedes for Svulstväv med Sax og Rugine. Der syntes ikke at väre efterladt noget sygeligt Väv. — Ved Undersögelsen efter Exenterationen findes bulbus omlejret af Svulstmasser, der i större og mindre Knuder skyde sig frem om dens Äkvator og lodde sig skålformet til dens Bagflade. Bulbus selv er stärkt skrumpet, fladtrykt bikonvex. Farven er gullig; nedadtil skinne mörke Masser igennem (Bill. 1). Der findes intet, der kan tydes som cornea. Midt på Forfladen findes et fladt fliget, let indtrukket bindevävsagtigt Parti. Til Siderne for dette ses en Fure på bägge Sider (Bill. 1 *a*). — På et Sagittalsnit (Bill. 2) ses sclera uregelmässig bugtet og foldet, nogle Steder fortykket, andre Steder tynd. Der findes intet Spor til bulbi normale Indhold, idet hele bulbus er opfyldt af melanotiske, brunlige og gråsorte Masser. De melanotiske Partier danne en indre Beklädning på sclera fortil og til Siderne, läggende sig ind i Lokulamenterne, som dannes mellem Indbugtningerne

af Bulbuskapslen (Bill. 2 *a* og *b*). Centralt ses et gråligt, knudeformet Parti, der fortsätter sig i nervus opticus. På forskellige Snit parallele med det förste ses Bindevävsstränge, der udgå fra det omtalte knudeformede Parti, delende den intrabulbäre tumor i lobuli af forskellig Störrelse. End videre findes, svarende til de omtalte Furer, på Forfladen af Bulbuskapslen en Indfoldning af denne tiltagende i Dybde et Stykke ud til Siderne, men overdäkket og opfyldt af Bindeväv. Den bageste Del af bulbus indeholder et omtrent 2 til 3 Mm. stort, fint takket, ujävnt forbenet Parti, indlejret i Svulstmasserne. Den intrabulbäre Svulst har perforeret Bulbuskapslen dels i Äkvatoregnen, dels omkring nervus opticus, hvor Svulstmasserne tränge sig bagtil, perforerende sclera og brydende ind i Nerveskederne. Den forreste Del af Nerven er ligeledes invaderet af Sarkommasser, der fra bulbus tränge ind i Nervens Hoved.

Den retrobulbäre Del af tumor er omtrent 4 Gange så stor som bulbus; den adhärerer som omtalt fast til Bagfladen af bulbus, omlejrende denne med lobulerede Svulstmasser. I Svulstmassen ligger Synsnerven indlejret på nogle Steder forskudt og komprimeret. Nerveskederne ere sprängte af og infiltrerede med Sarkomväv, ligesom Nerven selv indeholder Sarkomfoci og er splittet af melanosarkomatöse Öer. Nerveforlöbet er dog kendeligt i hele dets Udsträkning; hvad der resterer af Nerveväv, har en ejendommelig grålig, noget gennemskinnende Farve. Den orbitale Del af tumor er også lobuleret; de enkelte lobuli ere på Gennemsnit kantede, af forskellig Farve, grålige, brune og bläksorte (Bill. 2). De adskilles af Bindevävsströg, der indad udgå fra Nervus-opticusskeden og udad stå i Forbindelse med en fascieagtig Beklädning på tumors Overflade, der er knoldet og lapdelt. Orbitafedtet er atrofieret og reduceret til en lille, gullig Klump udad nedad på Tumormassen.

Ved mikroskopisk Undersögelse viser Svulsten sig at väre et Sarkom, indeholdende stärkt melanotiske Partier. Tumor er bygget op dels af aflangrunde Celler, dels af store epiteloide, flerkärnede Celler i alveolär Anordning, omgivet af langagtige, smalle Celler, opfyldte af brunsorte Pigmentkorn, et Billede, der vel svarer til, hvad man har beskrevet som cancer oculi. Pigmenteringen svarer til det makroskopiske Billede, både for den bulbäre og den retrobulbäre Svulsts Vedkommende, idet nogle Partier udelukkende ere byggede op af pigmentholdige Celler, andre af svagt pigmenterede eller upigmenterede. Det forbenede Parti i den intrabulbäre Del af tumor viste sig mikroskopisk som forbenet Svulstväv, bestående af lamellöst Väv, indeholdende Benlegemer, dog uden tydelige Udlöbere. I det lamellöse Väv findes Hulrum, opfyldte af runde, storkärnede, temmelig store, på nogle Steder pigmenterede Celler. Bindevävsströgene, der adskille de enkelte Svulstlobuli, ere flere Steder infiltrerede med Tenceller, til Dels dannende Strög af stärkt pigmenterede Celler.

Särlig Interesse fremböd en Räkke Snit gennem den forreste Del af bulbus, svarende til det tidligere omtalte flade, fligede og furede Parti. Her fandtes nemlig en Cikatrice. Denne er bygget op af et flerlaget, uregelmässig bugtet Epitel, der på flere Steder er betydelig

fortykket (Bill. 3 *a*). Under Epitelet ligger der et fibrillärt Bindevävslag, indeholdende ret store Kar (*b*). Formen af Bindevävslaget er först som en stumpvinklet Trekant med afrundet Spids: dernäst bliver denne på Snittene mere spidsvinklet og fra Spidsen af Trekanten går en lang, uregelmässig bugtet Celletap ned mellem og i det underliggende Lag (Bill. 3—4 *b*—*f* vise disse Forhold). Det underliggende Lag er til Dels lamellöst, af cikatriciel forandret Corneastruktur (Bill. 3 *c*), og viser en tiltagende Foldning (Bill. 3 og 4). Cornealaget er Säde for Rundcelleinfiltration, på nogle Steder i samlede Hobe, og indeholder ganske enkelte små Kar. Det derpå fölgende Lag (Bill. 3 *d*) er stärkt sort pigmenteret. På nogle af Snittene er det tydelig dannet af to Halvdele; det er stärkt adhärent til den oven liggende cornea om hvilken det lägger sig diafragmaagtigt; til Siderne for Midterpartiet sender det afrundede og mere uregelmässige Udlöbere op i det oven liggende Lag. Mellemrummet mellem disse fyldes af lignende Processer, der ere upigmenterede og skyde sig ned fra Laget ovenover (Bill. 3 *e*). Det stärkt pigmenterede Lag går udad over i den egentlige Svulstmasse uden skarp Gränse. Dette Lag dannes sikkert af Irisrester, der ere loddede til den cikatricielle cornea; de omtalte Udlöbere lade sig vist nok tyde som stärkt atrofierede processus ciliares. Den umärkelige Overgang til Svulstvävet viser, at Melanosarkomet er udgået herfra (Bill. 3 og 4).

Undersögelsen af nervus opticus viser denne i höj Grad degenereret for det endnu kendelige, resterende Nervevävs Vedkommende, som viser Billedet af en »grå Atrofi». Svarende til det makroskopiske Billede, ere Nerveskederne infiltrerede med Sarkomväv ligesom Nerven selv. Enkelte Steder ere Skederne dog kendelige på Tvär- og Längdesnit: Svulstvävet har nästen overalt fyldt Rummet op indenfor Skederne, og man ser, hvorledes särlig Karrene ere omgivne af Sarkomceller, hvad der ikke alene gälder Nerveskedens Kar, men også selve Nervens, så at man får Billedet af, at Svulstcellerne langs Karrene ere prolifererede ind i Nerven, og have bredt sig med disse ud til deres fineste Forgreninger. De större Kar findes hyppig tromboserede af Sarkomceller mellem hvilke Rummet er udfyldt af väsentlig röde Blodlegemer. Nervus opticus er desuden Säde for en Del Pigmentaflejring.

I dette Tilfälde finde vi altså, svarende til Patientens anamnestiske Oplysninger om en Läsion med et Strå og påfölgende Betändelse, en Pannusdannelse, en indtrukken, skrumpet, rundcelleinfiltreret cornea og Irisadhärence rimeligvis som Fölge af et »ulcus serpens corneæ»; den senere opståede tumor er udgået fra Arret (fra Resterne af iris eller af corpus ciliare). Svulsten har fyldt bulbus og brudt sig Vej gennem denne på flere Steder, särlig inden- og udenfor Opticusskeden og i Nerven selv, har fyldt orbita og destrueret dens Benväg et enkelt

Sted. Det forbenede Parti i tumor taler for en längere Beståen af denne.

Klinisk set, vinder dette Tilfälde betydelig Interesse ved Lidelsen af höjre Öje, som jeg senere skal komme tilbage til, idet jeg först vil meddele det andet Tilfälde efter Klinikens Journal:

J. M., 65 År, Landmand, konsulerede Kliniken d. 25 Jan. 1896. — For omtrent 20 År siden en Betändelsestilstand i höjre Öje med meget stärke Smerter, Rödme, Tåreflod og deslige. Synet blev derved meget svälket og gik efter nogen Tids Forlöb fuldständig bort. Siden den Tid ingen Rödme eller Smerte i Öjet. *Det venstre Öje* holdt sig godt til sidste Sommer. Han kunde da med Lethed läse fin Stil dermed; men da begyndte »en Tåge» fra *den udvendige Side* medens han så godt *midt for*. Ved Juletid gik Tågen *helt for*, og siden Nytår har han väret ganske blind.

Ved Undersögelsen fandtes: *Höjre Öje:* Pupillen temmelig stor, Linsen kataraktös med Kalkaflejring. Öjegrunden ikke synlig igennem den. *Venstre Öje:* Ingen Injektion. Pupillen temmelig stor, reaktionslös. Ingen Lyssans.

Oftalmoskopisk: Papillen ensformig, afgjort hvidlig, med tydelig fortyndede Kar. Tension normal (+ ?).

Höjre Pupils Störrelse og övrige Udseende lod formode, at Öjet havde gennemgået et glaukomatöst Stadium. Der blev foreslået ham en Fjärnelse af dette Öje, hvori han indvilligede.

Ved Enukleationen blev »nervus opticus» på Grund af stärk Stramning af den overklippet vel tät ind til bulbus. Tvärsnittet af Nerven *viste sig her mörkt.* Ved Sektion af bulbus fandtes uformodet et ret stort Chorioidealsarkom i bagre Afsnit af bulbus, udgående fra Egnen om nervus opticus; det havde forårsaget total Nethiudelösning.

Ved mikroskopisk Undersögelse viste Svulsten sig at väre et Sarkom, bygget op af hvedekornformede Celler.

Nogen närmere Undersögelse fik jeg des värre ikke foretaget. Jeg kan kun oplyse, at et Parti af Svulsten makroskopisk viste sig forbenet. Nervus opticus blev ikke undersögt, og jeg må beklage, at den Del af Präparatet er bortkommen.

Den tredje Patient, hvis Sygehistorie jeg skal referere, sögte Kliniken i 1884.

På venstre Öje fandtes: forögет Tension (T + 1) og Nethindelösning med Hämorragier i Nethinden. Under Diagnosen af en malign tumor foretoges Enukleation. Ved Undersögelsen efter Enukleationen fandtes et Chorioidealsarkom i Närheden af opticus (tät op til Papillen).

Höjre Öje viste allerede den Gang anormale Forhold, nemlig fuldständig mydriasis, forbunden med meget ringe Akkomodationsparese. S (med stenopäisk Spalte) = $\frac{5}{9}$. På bägge Öjne fandtes en ringe stratiform Katarakt, hvoraf Synsformindskelsen på höjre Öje lader sig aflede; oftalmoskopisk fandtes intet abnormt på dette Öje.

Den 31 Marts 1896, altså omtr. 12 År efter Operationen, söger han atter Kliniken. Han oplyser, at for mindst et halvt År siden begyndte höjre Öje at prominere; Prominensen er navnlig i den senere Tid tiltagen stärkt. Ingen Smerter af nogen Betydenhed. Han angiver at se godt. Almenbefindendet godt.

Status præsens: Ret betydelig exophthalmus på höjre Side. Bevägelighedsdefekt indad, idet Öjet kun beväges lidt ind over Midtlinjen; i de andre Retninger temmelig god Bevägelighed. Langs indre Orbitalrand findes en hård tumor med glat Overflade; indre, övre og nedre Gränse föles tydelig, derimod föles ingen Gränse bagtil. Der er stärk mydriasis. S = $\frac{5}{10}$, Myopi 1,50. *Oftalmoskopisk* intet abnormt, de store Vener måske lidt bredere end normalt. Bulbus i övrigt normal. Patienten er fuldständig rask og ser blomstrende ud.

Intet Tegn til Recidiv i venstre orbita.

Tilstanden holdt sig uforandret i nogen Tid. Den $^{22}/_{7}$ noteres: Af og til lidt Nakkehovedpine. Ingen Smerter i Öjet, men Fornemmelse af Stramhed. Der er betydelig chemosis, der som en fremstående röd Vold ligger indadfor og nedenfor cornea. Opad udad for cornea ere Karrene injicerede. Pupillen dilateret ad maximum. S uforandret. Oftalmoskopisk ere de store Vener stadig fremträdende. Nogen Synsfeltundersögelse blev des värre ikke foretagen. Senere har han ikke väret på Kliniken. Efter skriftlig Oplysning fra ham i Slutningen af September dette År er Tilstanden forvärret. Han angiver at väre meget mat og dvask, lider af Hovedpine og Kvalme samt Smerter i höjre Öje. Synet er blevet dårligere. Exophthalmus skal ikke väre tiltagen; men der er betydelig Svulst. Arme og Ben fejle ikke noget. Fordöjelsen er god. Til Tider föler han sig meget upasselig. Han har gennemgået en Jodkaliumkur uden Resultat.

I disse tre Tilfälde träffe vi altså et Chorioidealsarkom i det ene Öje og en Lidelse af det andet Öje, hvis Årsag ligger extrabulbärt. Stå vi her overfor et tilfäldigt Sammenträf, eller er der et kavsalt Sammenhäng? Jeg antager det sidste som langt det sandsynligste, om end intet af Tilfäldene er stöttet af en Sektionsundersögelse; jeg stötter mig i så Henseende på Analogien med andre Tilfälde fra Literaturen, der ere bekräftede ved Sektion, og til hvilke jeg skal komme tilbage efter först at have analyseret de her meddelte og fremsat, hvad der af dem kan uddrages til Stötte for min Opfattelse.

I det förste Tilfälde präsenterer Lidelsen af det andet Öje sig under Billedet af en »neuritis retrobulbaris» med diffust

centralt Skotom for rödt og nedsat Synsstyrke (S = $\frac{5}{60}$). Denne Lidelse kunde väre af en anden Oprindelse og opfattes som en Intoxikationsamblyopi, beroende på Alkohol- eller Tobaksmisbrug eller andre Årsager; men det senere Forlöb gör det af med denne Diagnose. Efter skriftlige Oplysninger döde Patienten den 5 September 1896 af »Kräft i Leveren». Hans Läge, Dr. P. Sörensen i Morudskov på Fyen, har velvillig tilstillet mig fölgende Oplysninger, for hvilke jeg bringer ham en hjärtelig Tak. Han så först Patienten Aftenen för hans Död. Han lå da i agone. Hans Omgivelser angav, at Patienten var fuldständig blind, i Overensstemmelse med hvad jeg har fået meddelt fra hans Familje, nemlig »at han somme Tider ikke kunde se et Lys tät ved Öjet, inden han döde». Dr. Sörensen konstaterede, at Leveren ragede 3 til 4 Fingersbredder nedenfor Kurvaturen, og fik oplyst, at Patienten i den sidste Tid af og til havde lidt af kardialgiske Tilfälde; så vidt Doktoren erindrer, var der intet Tegn på lokalt Recidiv. Höjre Öje havde et naturligt Udseende. Patienten havde lidt af jagende Smerter, der fra Leveregnen strålede ned i höjre Underextremitet, besvärende Gangen meget. Der var intet Ödem af Underextremiteterne.

Vi stå altså her overfor en fremadskridende Synsaftagen, der ender med Blindhed, hvad der slet ikke passer med Antagelsen af en Intoxikationsamblyopi, men vel lader sig forene med Tanken om en intrakraniel Proliferation af det fra venstre Öje udgåede Sarkom. Så langt man fik venstre nervus opticus ud, var denne omlejret af de orbitale Svulstmasser og selv sarkomatös infiltreret. Det ligger da när at antage, at Processen har bredt sig videre intrakranielt til chiasma, tractus opticus o. s. v. og at Maculatrådene til höjre Öje allerede ved Tidspunktet for Exenterationen af venstre orbita ere blevne påvirkede på det Sted, hvor de ligge närmest Overfladen i chiasma eller tractus opticus. Noget närmere om Svulstmassernes intrakranielle Proliferation oplyser Tilfäldet ikke på Grund af den manglende Sektionsundersögelse; men da Öjet blev blindt, må man antage, at Nervetrådene under Svulstens tiltagende Växt ere gåede til Grunde i Svulstmasserne.

I det andet Tilfälde er Diagnosen af Patientens Sygdomskomplex til en Begyndelse meget vanskelig. Höjre Öje bärer Präget af at have gennemgået et glaukomatöst Stadium. Lin-

sen er Säde for en Katarakt, der forhindrer Undersögelsen af Öjets bageste Del. Venstre Öje er bliudt. Papillen tydelig atrofisk. Efter Enukleationen viser höjre Öje sig at indeholde et ret stort Chorioidealsarkom i bagre Del af bulbus. Tvärsnittet af nervus opticus er mörkt; Sarkomet er altså prolifereret ud i Nerven. Herigennem kan man finde Årsagen til Atrofien af venstre Papil ved Antagelsen af, at Svulsten har bredt sig intrakranielt, destruerende Nervetrådene til venstre Öje. Af Patientens anamnestiske Oplysninger fremgår det, at hans Synsaftagen förat bemärkedes som en Synsfeltdefekt udad. Han iagttog »en Tåge, der begyndte fra den udvendige Side, medens han så godt midt for». I Löbet af omtrent ½ År blev venstre Öje blindt. I Sommeren 1895 kunde han med Lethed läse fin Stil, ved Juletid gik Tågen helt for, og fra Nytår 1896 var han blind. Dette Forlöb passer meget godt med Antagelsen af en Proliferation af Svulsten til chiasma. Det krydsede Bundt (i venstre nervus opticus), der forsyner indre Nethindehalvdel, lider först, derfor begynder Synslidelsen med en temporal Synsfeltdefekt. Senere destrueres Nerven fuldständig. Oftalmoskopisk findes udtalt Atrofi af Papillen, en Atrofi, der må opfattes som descenderende.

Hos den tredje Patient udvikler der sig, omtr. 12 År efter at venstre Öje er enukleeret for et Chorioidealsarkom, en tumor i höjre orbita, medens venstre orbita bliver fri for Recidiv. I Löbet af et halvt År foranlediger Svulsten betydelig exophthalmus, hvortil der slutter sig stärk chemosis af Slimhinden over Svulsten. Da han förste Gang söger Kliniken i År, er han i övrigt rask og Udseendet blomstrende. Tilstanden forvärres senere. Han föler sig mat, dvask, til Tider meget upasselig. Der kommer Smerter i höjre Öje, Hovedpine og Kvalme. Klinisk viser Svulsten altså alle Tegn på Malignitet. Tydningen af dette Tilfälde er meget vanskelig, särlig med Hensyn til den Vej, ad hvilken höjre orbita er invaderet. Denne viste sig opfyldt af Svulsten indadtil, hvad der kunde lede Tanken hen på en Proliferation gennem Sibenscellerne fra venstre orbita; men sidste viste sig fri for Recidiv, hvad der ikke lader sig forene med denne Antagelse og näppe heller med Muligheden for, at Svulsten har bredt sig gennem fissura orbitalis sup. *sin.* til cavum cranii og ind i höjre orbita. Tilbage er Vejen med nervus opticus ind i cavum cranii og

videre. Chorioidealsarkomet sad tæt op til venstre papilla nervi optici. Muligheden for, at Nerveskederne have været sarkominfiltrerede, er ikke udelukket, da der gives Tilfælde, hvor dette först viser sig ved mikroskopisk Undersögelse af Synsnerven, om hvilken jeg i dette Tilfælde ingen Oplysninger har. Svulsten har da fortsat sin Væxt *intrakranielt* og har bredt sig ind i höjre orbita, rimeligvis gennem fissura orbitalis sup. dext., da Papillen på höjre Öje kun viste ringe Forandringer, nemlig brede Vener, og Synsformindskelsen lader sig forklare af den stratiforme Katarakt, der fandtes på höjre Öje. I Tilfælde af, at nervus opticus dext. havde været inddragen i Lidelsen, vilde Billedet, som i de to andre Tilfælde, have været en fremadskridende Atrofi. — Selvfölgelig kunde man også have at göre med en Metastase eller en primær malign tumor i höjre orbita; men mod dette taler, at der allerede ved Tidspunktet for Enukleationen i 1884 var komplet mydriasis og ringe Akkomodationsparese på höjre Öje uden Tegn på Metastase, hvad der tyder på, at Årsagen til disse Symptomer var central. Mærkelig er det overordentlig lange Forlöb af Tid (omtr. 12 År) mellem de to Svulsters Opträden. Dette Tilfælde viser, som allerede nævnt, meget, der er vanskeligt at tyde, og den her fremsatte Forklaring kan selvfölgelig ikke prætendere at være den absolut rigtige; men meget synes mig at tale for den. At der på höjre Öje fandtes Bevægelsesdefekt indad, forklares uden Tvang gennem den rent mekaniske Hindring, som Svulsten afgiver.

I Literaturen findes en Del Tilfælde meddelte, som vise Analogi med de af mig refererede. Jeg skal ganske kort give en Oversigt over dem, idet jeg kun medtager, hvad der har Tilknytning til det her omhandlede Ämne, og i övrigt henviser til Literaturoversigten. En Del af Tilfældene findes samlede i FUCHS's Værk: »Das Sarcom des Uvealtractus».

MACKENZIE meddeler 1830 i sin »Ofthalmologie» et Tilfælde af melanotisk Chorioidealsarkom hos en 41-årig Kvinde. Fra venstre bulbus havde det med Synsnerven bredt sig ind i cavum cranii til chiasma, venstre tractus opticus og ind i 3dje Ventrikel. De nævnte Dele vare alle stærkt pigmenterede. Höjre Del af Opticusforlöbet var normalt som Helhed, og da Synet på höjre Öje ikke havde lidt, kommer MACKENZIE efter en omhyggelig Undersögelse til fölgende Resultat, som jeg vil

citere med hans egne Ord: »This dissection therefore clearly proved that the nerves did not in this individual cross each other», altså ingen Nervekrydsning. Med de nuvärende Undersögelsesmetoder vilde man måske have kunnet påvise en Synsfeltdefekt; ti at Nervebundterne i venstre Del af chiasma og i venstre tractus ikke skulde have lidt, kan näppe antages.

Et märkeligt Tilfälde er beskrevet af KNAPP 1868. Et Melanosarkom, opstået i venstre bulbus, havde fyldt venstre orbita; nervus opticus var gået til Grunde i pigmenterede Masser. Affektionen strakte sig intrakranielt med Nerven, som også her var svulstdegenereret til chiasma og bägge tractus, der vare forvandlede til en sammenhängende sortegrå Sträng. Af normalt Nerveväv resterede kun höjre nervus opticus, der udgik fra det svulstagtig forandrede chiasma; til Trods herfor viste höjre Öje sig normalt i Funktion og Bygning ved en 14 Dage för Döden foretagen Undersögelse. Der omtales intet udtrykkeligt om Synsfeltundersögelse. Interessant er det, at höjre orbita var invaderet af Svulstväv gennem fissura orbitalis sup. og Kilebenscellerne; i det af mig refererede 3dje Tilfälde har jeg omtalt Muligheden for, at Invasionen af orbita var sket gennem fissura orbitalis superior, i Lighed med hvad her er fundet ved Sektionsundersögelse.

A. VON GRAEFE omtaler i en Afhandling 1868 3 Tilfälde, hvor der ved et Chorioidalsarkom i det ene Öje udviklede sig Blindhed på det andet, i Begyndelsen med negativt oftalmoskopisk Fund; senere viste Papillen atrofisk Degeneration. I to af disse Tilfälde viste Sektionen melanotiske Knuder på basis cranii med Tilbagevirkning på chiasma, henholdsvis nervus opticus på den anden Side. I det 3dje Tilfälde blev der ikke foretaget Sektionsundersögelse. I intet af disse Tilfälde omtales Synsfeltet. I de fölgende Tilfälde er der påvist Synsfeltdefekter på det sekundärt lidende Öje.

JATZOW fandt ved et Chorioidealsarkom, der var prolifereret ud i orbita, hvor nervus opticus var inddragen i Lidelsen, en progressiv Synsfeltdefekt på det andet Öje, begyndende nedad udad, voxende til temporal Hemiopi; også det nasale Synsfelt viste under Forlöbet en tiltagende perifer Defekt. Oftalmoskopien viste under hele Forlöbet normale Forhold.

Sektionsundersögelse viste udstrakt intrakraniel Proliferation. Chiasma helt gået op i Nydannelsen, der strakte sig ind i 3dje Ventrikel.

LANDSBERG meddeler et Tilfälde af Sarkom, hvor Lidelsen på det andet Öje begyndte som en Amblyopi med normale Synsfeltydergränser. Senere udviklede der sig en tiltagende Synsfeltdefekt udad, samtidig med at der dannede sig flere Recidiver. Öjet blev blindt. *Oftalmoskopisk* fandtes Uklarhed af Papillen med forviskede Gränser, särlig indadtil, de tilgränsende Nethindepartier uigennemsigtige, også särlig indad for Papillen. Ingen Sektion. Dette Tilfälde viser Analogi med det förste af mig omtalte ved at begynde med en Formindskelse af den centrale Synsstyrke med normale Synsfeltydergränser.

KUCHLER,[1]) FREUDENTHAL, KNIES anföre lignende Tilfälde. Hos KUCHLERS og FREUDENTHALS Patienter udviklede der sig, foruden Synsfeltdefekterne, Cerebraltilfälde. Synsfeltdefekten fandtes *udad* (KUCHLER, KNIES), *nedad udad* med S. synkende til Dagslys uerkendeligt (FREUDENTHAL). I det sidste Tilfälde viste Oftalmoskopien Misfarvning af Papillen. I alle 3 Tilfälde fandtes nervus opticus sarkomatöst degenereret eller omvoxet af Svulsten på det Öje, der var Säde for denne.

Endelig skal jeg ikke undlade at anföre et märkeligt Tilfälde, meddelt af v. GRAEFE. Ved en tumor orbitæ af gliomatös Bygning fandtes udbredt intrakraniel Proliferation, uden at Sektionsundersögelsen viste Sammenhäng mellem den orbitale og den intrakranielle Del af Svulsten. Til Trods for, at chiasma ganske var gået til Grunde i Svulsten, så at en mikroskopisk Undersögelse kun viste Drag af splittede Nervetråde, og Bestemmelsen af chiasmas Plads i Svulsten ikke lod sig afgöre med Sikkerhed, havde en Undersögelse nogen Tid för Döden vist *normal Synsstyrke* og *frit Synsfelt på det andet Öje.* Dette Tilfälde repräsenterer en overordentlig märkelig og vanskelig forklarlig Undtagelse.

De her anförte Tilfälde vise, hvor vigtigt det er ved Chorioidealsarkomer at göre en omhyggelig Undersögelse af det andet Öjes Funktion, hvad allerede JATZOW har fremhävet. Denne Undersögelse må ikke alene omfatte Synsstyrken, men også Synsfeltet, både Ydergränserne for hvidt *og, hvis den centrale Synsstyrke er formindsket, da også Sögen efter centralt Skotom.* Det fremgår end videre, hvilken Betydning Oftalmo-

[1]) Refereret efter FUCHS.

skopien kan have ved Påvisningen af en Atrofi af nervus opticus. Endelig er en indgående (också mikroskopisk) Undersögelse af det for Chorioidalsarkom fjärnede Öjes nervus opticus overordentlig betydningsfuld, da dennes Intervaginalrum giver Vej for Propagationen til cavum cranii. — Af Hensyn til Differentialdiagnosen skal jeg lige nävne, at man ved Chorioidalsarkomer har fundet »sympatisk Oftalmi» på det andet Öje med udtalt »neuritis optica» (BRAILEY), som svandt efter Enukleationen, uden i övrigt at komme ind på det vidtråkkende Spörgsmål om »Chorioidalsarkomer» og »sympatisk Oftalmi».

Forklaring til Tegningerne.

Bill. 1.

Den fladtrykte, skrumpede bulbus omlejret af Svulstknuder. (I Tegningen er bulbus lidt for stor.)

a. Fladt, fliget Parti med en Fure på hver Side.
b. Svulstknuder.

Bill. 2.

Sagittalsnit gennem den skrumpede, bikonvexe, af Svulsten udfyldte bulbus og den retrobulbäre Svulst.

a, *b.* Melanotiske Partier.
c. Sarkomfocus i nervus opticus; foran dette et bindevävsagtigt, knudeformet Parti.
d. Nervus opticus med infiltrerede Skeder og Sarkomfoci.
e. Bindevävsseptum mellem Svulstlobuli.

Bill. 3—4.

Snit gennem forreste Del af Bulbuskapslens Midterparti, tegnet med svag Forstörrelse.

a. Epitel.
b. Fibrillärt, karholdigt Bindevävslag.
c. Cikatricielt Corneaväv.
d. Adhärent Irisväv gående over i Svulstväv.
e (Bill. 3). Atrofiske processus ciliares.
f (Bill. 4). Lang Celletap skydende sig ned mellem og i Cornealaget.
Bill. 4 viser Foldningen af Cornealaget.

Literaturoversigt.

MACKENZIE: A practical treatise on the diseases of the eye. London 1830, S. 556.

KNAPP: Die intraocularen Geschwülste. Carlsruhe 1868, S. 118.

FUCHS: Das Sarkom des Uvealtractus. Wien 1882.

Archiv für Ophthalmologie:

M. LANDSBERG: Beitrag zur Casuistik der Tumoren. Bd IX, 1, S. 58.

A. v. GRAEFE: { Kürzere Abhandlungen etc. 1. Tumores orbitae et cerebri. Bd XII, 2, S. 100. Zusätze ueber intraoculare Tumoren. Bd XIV, 2, S. 128. }

R. JATZOW: Beitrag zur Kentniss der retrobulbären Propagation des Chorioidealsarkoms und zur Frage des Faserverlaufs im Sehnervengebiete. Bd XXXI, 2, S. 205.

G. FREUDENTHAL: Ueber Sarcom des Uvealtractus. Bd XXXVII, 1, S. 142.

Knapps Archiv für Augen- und Ohrenheilkunde:

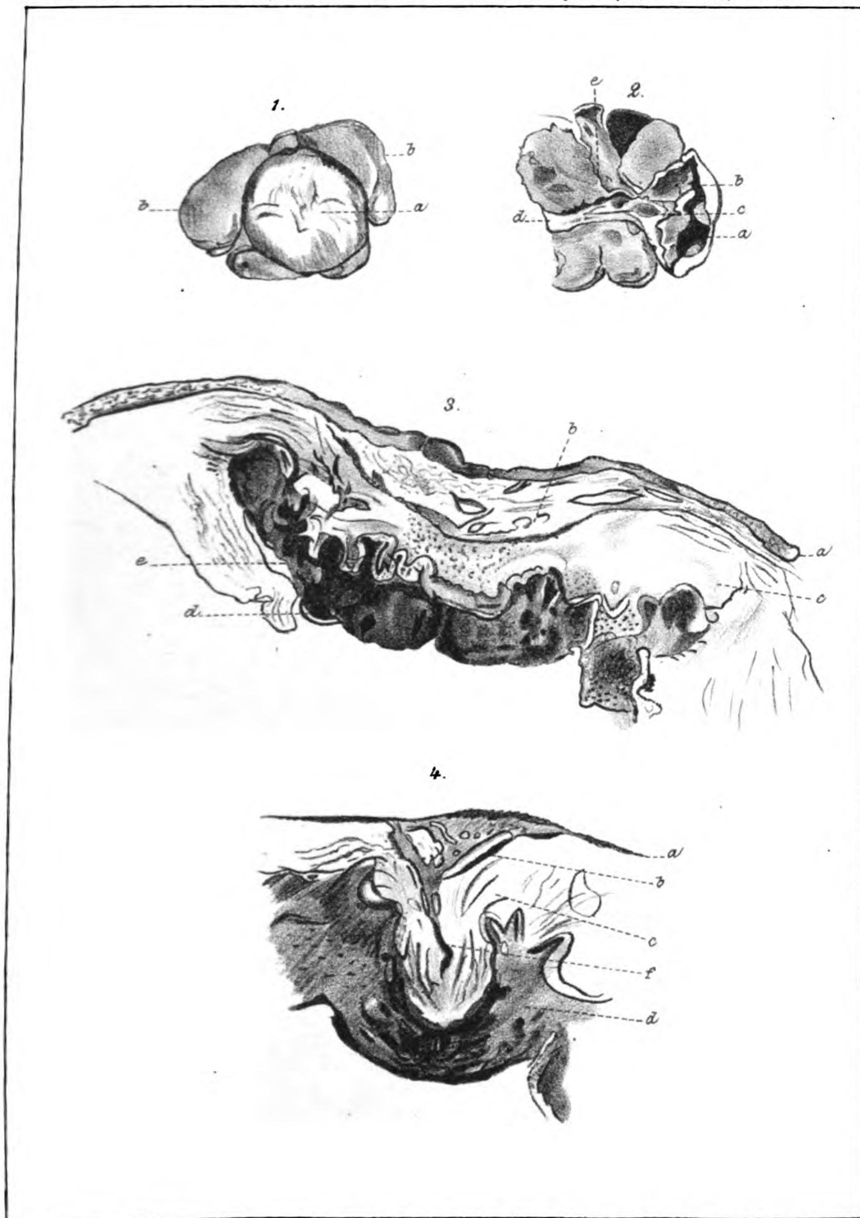
M. KNIES: Sechszehn Fälle von Aderhautsarcomen nebst epikritischen Bemerkungen. Bd VI, 1, S. 158 (Fall 16).

The Royal London Hosp. Opt. Reports:

W. BRAILEY: Intraocular sarcoma exciting sympathetic disease. Vol. XI, S. 53.



Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.



A. Meisling ad nat. del. Lith. W. Schlachter, Stockholm.

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1897. N:r 2.

Bidrag till kännedomen om de histo-patologiska väfnadsförändringarnas persistens vid syfilis.

Af

D:r J. V. HJELMMAN.

För ungefär ett decennium sedan offentliggjorde NEUMANN[1]) sina bekanta undersökningar beträffande hudsyfilidernas anatomi. Af dessa undersökningar framgick tillika det viktiga sakförhållandet, att de af hudsyfiliderna betingade patologiskt-anatomiska väfnadsförändringarna på långt när icke försvinna samtidigt som de kliniska symptomen fullständigt återgå; fastmer kvarblifva ännu under långa tider uti cutis »exsudatceller», kärlförändringar o. s. v., äfven om makroskopiskt intet patologiskt mer kan upptäckas. NEUMANN anmärker vidare, att det svårligen kan fastställas, huru lång tid som åtgår, innan äfven återstoden af dessa exsudatceller resorberas, alldenstund det icke lyckas att under en längre tid noggrant markera de ställen, som utgjort säte för det syfilitiska exantemet.

Med skäl kan ock anmärkas mot de af NEUMANN i antydt syfte undersökta fallen, 6 eller 7 till antalet, att observationstiden *efter exantemets återgång* varit altför kort. Åtminstone uti ett af i fråga varande fall kvarstodo ännu vid tiden för undersökningen pigmentfläckar efter det aflupna exantemet. Uti en del fall finnes endast tiden, som förflutit *post infectionem*, angifven, hvaremot den tidpunkt, då det undersökta hud-

---

[1]) Neuere Untersuchungen über die histologischen Veränderungen der Hautsyphilide, deren Verlauf und über das indurirte Dorsallymphgefäss. — Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syphilis, bd XII, 1885.

Welche sind die anatomischen Veränderungen der luctischen Haut nach Ablauf der klinischen Erscheinungen? — Wiener med. Wochenschrift, n:r 26, 1885.

partiet senast företett makroskopiskt skönjbara förändringar, hvarpå just största vikten vid dessa undersökningar ligger, icke kunnat fastställas.

Två år senare offentliggjorde NEUMANN[1]) yttermera 7 fall, uti hvilka han mikroskopiskt undersökt den skenbart friska väfnaden, exciderad från perineum, från det analöppningen närmast omgifvande hudpartiet samt från munnens slemhinna hos personer, hvilka för längre eller kortare tid sedan haft syfilis. Uti alla dessa fall fann NEUMANN rundcell-infiltrat och kärlaffektioner. NEUMANN drar därur den slutsatsen, att den syfilitiska sjukdomsprocessen fortbestår äfven efter det de kliniska symptomen försvunnit, att de s. k. recididven endast äro att betrakta som ett uppflammande af denna kontinuerliga sjukdomsprocess, samt att den omständigheten, att syfilitiska personer ännu flere år efter de kliniska symptomens återgång kunna infektera friska personer, finner sin förklaring just genom detta kvarblifvande af virulenta rundceller i väfnaden, hvilka till följd af någon tillfällig erosion blottas.

Äfven uti de senast offentliggjorda fallen har den tid, som förflutit, sedan det exciderade hudpartiet senast var säte för kliniskt skönjbara symptom, icke kunnat bestämmas; endast tiden, som förgått sedan den syfilitiska sjukdomens början, finnes angifven. Kontrollundersökningar af analoga ställen hos friska personer hafva icke utförts, änskönt särskildt perineum och analpartierna äfven hos friska äro utsatta för mångahanda irritament.

Dessa undersökningar af NEUMANN hafva bland syfilidologer icke blifvit så beaktade, som de otvifvelaktigt förtjäna. Mig veterligen hafva dylika undersökningar ej häller af senare forskare utförts, oaktadt de af NEUMANN gjorda fynden, trots det att hans undersökningar på långt när icke kunna betraktas som fullständiga och uttömmande för föreliggande frågas lösning, ega ej allenast teoretiskt intresse, utan ock stor praktisk betydelse.

Det tycktes mig under sådana förhållanden icke lönlöst att å nyo upptaga i fråga varande undersökningar, utsträcka

[1]) Ueber die verschiedenen Reproduktionsherde des syphilitischen Virus. — Wiener med. Wochenschr., n:r 8, 9. 1887.

dem till ett stort antal fall och, så vidt möjligt, till alla olikartade manifestationer af recent syfilis samt att slutligen söka noggrant fastställa, inom hur lång tid *efter de kliniska symptomens återgång* en äfven med mikroskopets tillhjälp uppvisbar restitutio ad integrum af den altererade väfnaden kommer till stånd, så vida en fullständig restitution öfver hufvud någonsin eger rum.

Med hopbringandet af material i och för dessa arbeten vidtog jag i början af år 1894, då jag i egenskap af sjukhusföreståndare blef i tillfälle att för ändamålet använda den jämförelsevis stationära sjukhusklientelen. Mina undersökningar hafva sedan dess fortgått, så vidt tid och tillfälle därtill yppat sig. Ehuru de samma ännu icke äro slutförda i den omfattning, jag ursprungligen planlagt, har jag af förekommen anledning velat i korthet redogöra för de tils dato undersökta fallen, förbehållande mig att framdeles få komplettera de erhållna resultaten.

Den förnämsta svårigheten vid undersökningar af detta slag består, såsom Neumann redan anmärkt, däri att noggrant och under förloppet af en tillräckligt lång tidrymd kunna markera det ställe, som utgjort säte för den syfilitiska efflorescensen. Endast å få delar af kroppen lyckas det att på grund af en noggran beskrifning eller på grund af tidigare utförda mätningar återfinna precis det ställe, å hvilket den syfilitiska efflorescensen varit belägen. — Det tillvägagående, som jag i regel följt vid utmärkande af efflorescensens säte, å bålen t. ex., har bestått däri, att jag med en s. k. kopie-penna tecknat en ring kring efflorescensen, öfvertäckt den samma med litet tyll, som fixerats medelst några häftplåster-remsor. Efter förloppet af 2 till 4 dagar, då färgen hållit på att utplånas, har ny markering egt rum. Det har i en del fall lyckats mig att, med noggrant utmärkande af det altererade stället, hålla patienterna under observation under en tid af flere månader.

Excision af det för undersökning afsedda väfnadspartiet har gjorts med sax och pincett, och till undvikande af på artificiel väg uppkomna strukturförändringar har vid den lilla operationen något lokalt anæstheticum icke blifvit användt. Som härdnings-, resp. fixeringsvätska har begagnats dels Müllers lösning med efterhärdning i alkohol af stigande koncentration, dels sublimat-alkohol, dels alkohol enbart. Preparaten hafva på öfligt sätt inbäddats i celloidin; de med en Jungs

mikrotom skurna snittens tjocklek har varierat mellan 10 och 25 μ.

Af de olika slags tinktionsmetoder, med hvilka försök gjorts, har jag som de mest användbara funnit hematoxylin (BÖHMERS och alunhematoxylin), hematoxylin-eosin, alunkarmin, pikrolitionkarmin (ORTH), BENDOS järn-hematoxylin. Uti en del fall hafva äfven BERGONZINIS och BIONDI-HEIDENHAINS färglösningar kommit till användning. Synnerligen vackra preparat erhöllos vidare med UNNAS polykromatiska metylenblått-lösning (från GRÜBLER i Leipzig) med därpå följande kortvarig affärgning och differentiering i 33 % tanninlösning, uttvättning i vatten, därefter alkohol, xylol, kanadabalsam.[1]) För att tillika studera den elastiska väfnadens förhållande, hafva en del snitt färgats med orcein enligt UNNA-TÄNZERS metod.

Jag skall i det följande lemna en kort redogörelse öfver de af mig tils dato undersökta fallen.

Indurerad chanker.

Mikroskopiska undersökningar, belysande fortvaron af de väfnadsförändringar, som eventuelt kvarblifva efter den indurerade chankerns läkning, hafva, så vidt jag har mig bekant, icke tidigare utförts. I sin år 1894 utkomna »Histopathologie der Hautkrankheiten» beskrifver UNNA ett fall, där han en längre tid efter initialsklerosens läkning mikroskopiskt undersökt en fast, indolent förhårdnad, exciderad från det ställe, som tidigare utgjort säte för primäraffektionen. Det är bekant, att en sådan indolent knöl, som den af UNNA undersökta, ofta iakttages ännu under långa tider efter primärsklerosens uppkomst. I dessa fall kan man dock näppeligen tala om någon »läkning» af sklerosen, icke ens i klinisk bemärkelse. Uti de

---

[1]) Denna tinktionsmetod med efterföljande behandling i tanninlösning användes af UNNA för uppvisande af elacin och kollacin. Om snitten få ligga i tanninlösningen endast en kort tid, erhålles med denna metod en vacker färgning af de olikartade cellerna, hvarjämte mitoserna framträda synnerligen tydligt. Man kan ock, som MARSCHALKÓ (Ueber die sogenannten Plasmazellen etc., Arch. f. Dermat. u. Syphilis, bd XXX) gjort, låta lösningen med tannin föregå färgningen. Kreosol och glycerin-eter, hvilka UNNA, vid uppvisandet af »plasmaceller», föreslagit som affärgnings- och differentieringsmedel efter färgningen med metylenblått, fordra stor påpasslighet, alldenstund affärgningen lätt blir för stark. Med det af mig använda färgningssättet har erhållits goda resultat såväl af snitt och alkoholhärdade preparat som ock i sublimat eller MÜLLERS lösning fixerade.

af mig observerade fallen har en dylik, med känselsinnet konstaterbar förhårdnad icke förefunnits. Däremot har i regel iakttagits ett ärr i form af en obetydlig ljusare fläck eller strimma, hvilken, som kändt, ofta kvarstår under patientens återstående lifstid, utmärkande platsen för den indurerade chankern i de fall, då den samma ulcererat.

De af mig undersökta fallen äro följande.

I. K. O. G., arbetare, 21 år. Intogs på sjukhuset den 11 dec. 1895, utgick den 4 april 1896. Ådrog sig smitta 2 till 2½ månad före intagningen. — Å yttre lamellen af förhuden förefans vid intagningen en pergamentchanker af väl en 5-pennis storlek, papulösa syfilider å kroppen, ulcererande papler å scrotum. — Behandlades med kvicksilfvermixtur och jodkali.

I slutet af januari var den papulösa syfiliden läkt, och i slutet af februari förefans af den indurerade chankern ej något annat spår än ett obetydligt ärr, skönjbart som en pigmentfattigare fläck; någon förhårdnad kunde ej mer palperas. — Den 28 mars excideras en bit af förhuden från det ställe, där den ljusare fläcken synes. Fixering i sublimat; alkohol.

II. I. H., arbetare, 21 år, intogs på sjukhuset den 14 februari, utskrefs den 4 maj 1896. Senaste coitus i slutet af september 1895; sår å penis iakttogs först i början af november. — Vid intagningen observerades till vänster om frenulum, dels i sulcus, dels å lamin. int. præputii, ett sår med otydlig induration af sårbotten; dessutom papler å gombågarna samt vid anus. — Erhöll smörjkur samt lokalbehandling.

Kring den 10 mars kvarstod å primäraffektionens plats ett knapt märkbart, ljusare ärr; af indurationen kändes intet spår; äfven öfriga symptom voro läkta. — Den 22 april gjordes excision af det väfnadsparti, å hvilket chankern suttit. Fixering i MÜLLERs lösning.

III. F. O. W., torpare, 36 år. Vårdades på sjukhuset under tiden 20 juli till 7 oktober 1896. Sårnader å penis åtminstone sedan början af maj. — Företedde vid intagningen hypertrofierande papler å scrotum, penis samt vid anus. Å undre sidan af penis, omkr. 2 cm. bakom frenulum, finnes ett mindre sår med otydlig induration af sårbotten, enligt patientens uppgift det primära såret. — Behandlades med smörjkur; dessutom lokalt.

I slutet af augusti hade alla symptom återgått. På det primära sårets plats skönjes ett ljusare ärr; ingen förhårdnad uppvisbar. — Den 2 oktober excideras nämnda hudparti. Fixering i absolut alkohol.

IV. H. R., arbetare, 22 år. Intogs första gången på sjukhuset den 4 september 1895. Ungefär 5 veckor tidigare hade patienten observerat ett sår å penis. — Vid intagningen förefans å dorsum penis,

dels i sulcus, dels å lamin. int. præputii, ett indureradt sår. — Behandlades med jodkali och smörjkur. — Vid utgåendet, den 21 okt., kvarstod å sårets plats ett ljusare ärr, men ingen induration.

Den 12 maj 1896 intogs patienten andra gången och företedde då papler vid anus, å scrotum samt i svalget. Stället för primäraffektionen företer samma utseende som vid senaste utskrifning och har ej häller under mellantiden erbjudit något anmärkningsvärdt. — Behandlades med smörjkur.

Den 10 juni gjordes excision af det genom ett obetydligt ärr utmärkta stället för det primära såret. Fixering i absolut alkohol.

V. F. R., dräng, 27 år. Den 11 oktober 1894 vårdades pat. första gången på sjukhuset och företedde då ett indureradt sår å förhudens inre lamell; den 29 oktober uppträdde dessutom papulösa syfilider å kroppen. — Undergick smörjkur och utskrefs som frisk den 5 december. Vid utskrifningen kvarstod å chankerns plats ett obetydligt ärr utan uppvisbar induration.

Den 26 april 1895 intogs pat. åter med papler i svalget. Stället, hvarest chankern suttit, oförändradt. — Behandlades med smörjkur och jodkali. Utgick frisk den 4 juni samma år.

Den 16 april 1896 intogs pat. för tredje gången och presenterade då papler vid anus. Å förhudens inre lamell kunde ännu urskiljas en pigmentfattigare fläck å den förra chankerns plats. Detta ställe excideras den 21 i samma månad. Absolut alkohol.

För bättre öfversikts skull sammanställer jag här nedan tiden för excisionens utförande uti de särskilda fallen, beräknad såväl från sjukdomens början som ock från det moment, då chankern, kliniskt taget, måste betraktas som läkt (= post sanationem):

I fall I har excision gjorts omkr. 6 månader post infectionem och omkr. 1 månad post sanationem;
» » II omkr. 7 mån. p. inf. och omkr. $1\frac{1}{2}$ mån. p. sanat.;
» » III minst 5 » » » » $1\frac{1}{2}$ » »
» » IV omkr. $11\frac{1}{2}$ » » » » $7\frac{1}{2}$ » »
» » V » $1\frac{8}{12}$ år » » » $1\frac{4}{12}$ år »

Vid den histologiska undersökningen gälde det i främsta rummet att konstatera, huruvida inflammatoriska cellinfiltrationer ännu kvarstodo uti den skenbart friska väfnaden. Jag förbigår ock därför vid den följande beskrifningen öfriga, därmed icke i samband stående histologiska detaljer. I enlighet med den gamla nomenklaturen begagnar jag vidare i det följande benämningarna »rundcell» eller »småcell», utan att inlåta

mig på ett särskiljande af de morfologiskt olikartade celler, som sammanföras under denna benämning. [1])

För att lättare kunna kontrollera de patologiskt-anatomiska väfnadsförändringarna uti de undersökta preparaten, har jag jämfört dem å ena sidan med snitt af frisk väfnad från analoga ställen, å andra sidan med preparat af några indurerade chankrar, exciderade resp. 1, 1½ och 2 månader post infectionem.

Den mikroskopiska undersökningen utvisade nu, *att uti intet enda af ofvan stående 5 fall en restitution af den altererade väfnaden kommit till stånd.* Uti hvart och ett af de undersökta preparaten förefunnos *mer eller mindre rikliga rundcellinfiltrat* såväl i pars papillaris som ock i de djupare lagren af cutis. Denna småcelliga infiltration uppträder vanligen i runda eller ovala härdar, stundom ock med en mera diffus utbredning. Aldrig når likväl infiltrationen ens närmelsevis en sådan mäktighet som uti den utbildade chankern. Rikligast anträffades dessa rundceller kring blodkärlen; ofta fick man det intrycket, att de genom sin mängd liksom komprimerade kärlet, företeende ett alldeles obetydligt lumen. Icke sällan observerades en rätt ansenlig förtjockning af kärlväggen; i främsta rummet beträffade denna proliferation och infiltration kärlets adventitia.

Preparat af fall IV, uti hvilket excision gjordes omkring 7½ månad efter chankerns läkning, företedde isolerade, runda eller ovala härdar af infiltrationsceller kring kärlen uti det subpapillära kärlnätet. Närmast det lilla ärret, hvarest epitelpapillerna voro nästan utplånade, förefans äfven uti en del cutispapiller en rätt riklig, småcellig infiltration. Epitelet i rete Malpighii lateralt om ärret, var något hyperplastiskt och företedde sparsamt mitoser. Uti de djupare lagren af cutis förekommo rundceller endast i ringa mängd.

I fall V anträffades uti det omkr. $1\frac{1}{12}$ år efter chankerns läkning exciderade väfnadspartiet synnerligen höggradiga förändringar. Den småcelliga infiltrationen uppträdde här till och med rikligare än i flertalet af de tidigare exciderade preparaten. En del papiller voro starkt infiltrerade med rundceller, hvilka ställvis inträngt äfven i epidermis ända till stratum gra-

---

[1]) Jag hänvisar i detta afseende till, bland andra, MARSCHALKÓs tidigare anförda, förtjänstfulla arbete: Ueber die sogenannten Plasmazellen o. s. v. i Arch. f. Dermat. u. Syphilis, bd XXX.

nulosum. Riklig rundcellinfiltration förefans vidare kring kärlen i rete subpapillare. Rete Malpighii af epidermis företedde ställvis en ansenlig hyperplasi med talrika mitoser.

Bland öfriga fynd vid den histologiska undersökningen af ofvan nämnda preparat må ännu framhållas, att lymfkärlen icke erbjödo andra påfallande förändringar, än att en del voro starkt utvidgade. Den elastiska väfnaden, hvilken, som bekant, icke förmår motstå det syfilitiska giftets förstörande inverkan, framträdde i regel som ett ytterst fint trådnät eller ock kunde den elastiska substansen ställvis saknas, antydande att en regeneration af den samma först jämförelsevis sent eger rum.

Syfilitisk roseolafläck.

För att utröna beskaffenheten af de patologiska väfnadsförändringar, som eventuelt kvarblifva efter det syfilitiska erytemets läkning, hafva mikroskopiska undersökningar utförts i följande fall.

VI. A. A., sjöman, 20 år, intogs på sjukhuset den 6 juni 1896. Vid intagningen förefans i sulcus, delvis å lamin. int. præputii ett i läkning stadt, indureradt sår samt å bröstet och buken ett begynnande roseolautslag. — Patienten behandlades med smörjkur samt jodkali och utgick som frisk den 28 juli.

Den 6 juni markerades å buken tvänne linsstora, rodnande, lätt upphöjda roseolafläckar (roseola elevata). Fläckarna öfvertäcktes med tyll, som fixerades med häftplåsterremsor. Ny markering efter 3 till 5 dagar.

Den 8 juni hade roseolautslaget yttermera utbredt sig. Från vänstra sidan af buken exciderades, för att användas som kontrollpreparat, en ärtstor roseolafläck.

Den 12 juni hade fläckarna bleknat och voro endast otydligt skönjbara. Kring den 19 juni kunde ingendera af de markerade fläckarna makroskopiskt upptäckas.

Den 25 juni exciderades den ena af de markerade fläckarna och den 17 juli den återstående. Fixering i absolut alkohol.

Snitt af det den 25 juni, omkr. $2\frac{1}{2}$ månad post infectionem, omkr. 1 vecka post sanationem exciderade hudpartiet, företedde, såsom jämförelse med snitt af normal, alkoholhärdad bukhud utvisade, en ringa utvidgning af kärlen uti rete subpapillare, ställvis en cellförökning uti kärlväggen samt småcellig infiltration tätt utmed en del subpapillära kärl. Såväl papillerna som de djupare lagren af cutis erbjödo intet abnormt. Däremot

fans en rätt riklig ansamling af rundceller kring en hårfollikel. Den småcelliga infiltrationen höll sig ej allenast till hårbalgen utan sträckte sig äfven på närmast omgifvande parti af corium. I yttre rotskidan kunde inga rundceller upptäckas.

Uti snitt af det den 17 juli exciderade hudpartiet företedde hvarken kärlen eller papillerna sådana förändringar, att de samma med säkerhet kunde uppfattas som patologiska. Däremot fans äfven uti detta preparat en hårfollikel, kring hvilken observerades en otvifvelaktigt patologisk infiltration med småceller, ehuru de samma ej förekommo så rikligt som uti det tidigare exciderade preparatet. Äfven kring en talgkörtel tycktes en, om ock ringa rundcell-infiltration förefinnas.

Den mikroskopiska undersökningen ådagalade altså, att äfven efter ett syfilitiskt exantem af så efemär natur som ett roseolautslag patologiska cellinfiltrationer kunna kvarstå ännu minst 4 veckor, sedan exantemet fullständigt återgått. Äfven NEUMANN har kommit till ett härmed analogt resultat, beträffande det syfilitiska erytemet.

Syfilitisk papel.

Undersökning af de *torra* syfilitiska paplernas förhållande uti i fråga varande hänseende har gjorts i följande fall.

VII. K. O. G.[1]), arbetare, 21 år, presenterade vid intagningen den 11 december 1895, 2 till 2½ månad post infectionem, bland andra symptom af syfilis, jämväl en färsk papulös syfilid å bålen.

Den 15 december excideras från huden å buken två linsstora papler (för att användas som kontrollpreparat); tillika markeras ett antal linsstora syfilider å buken.

Den 2 januari 1896 voro de markerade syfiliderna resorberade, men med kvarlemnande af otydligt skönjbara, gråbruna pigmentfläckar. Två af dessa fläckar excideras. MÜLLERs lösning.

Den 21 januari kunde flertalet fläckar ej med blotta ögat urskiljas. Hud från tvänne af de markerade, skenbart normala ställena excideras. MÜLLERs lösning.

Den 10 mars excideras åter ett markeradt hudparti, skenbart friskt sedan slutet af januari. Fixering i sublimat; alkohol.

Den 28 mars excideras det sista af de markerade hudpartierna, till utseendet normalt sedan slutet af januari. Absolut alkohol.

Vid den histologiska undersökningen iakttogs uti de, den 2 januari exciderade preparaten en fortfarande rätt riklig små-

[1]) Fallet finnes redan tidigare anfördt under n:r I.

cellig infiltration, uppträdande härdvis i stratum subpapillare. Nästan alltid kunde uti centrum af en sådan härd upptäckas ett på tvären eller längden genomskuret kärl; kärlens lumen framträdde tydligare än i preparat af de den 15 december exciderade, fullt utbildade syfiliderna. Äfven uti en del papiller synes en småcellig infiltration. Cellinfiltrationer förekomma äfven kring en del talgkörtlar, svettkörtlar samt deras utförselgångar. Stratum corneum företer en lamellös spjälkning. Lymfkärlen äro ställvis märkbart utvidgade. Bindväfven i pars papillaris förefaller att vara rarefierad, ett förhållande, som äfven UNNA iakttagit, samt hvilket han anser vara orsaken därtill, att en i detta stadium befintlig papel, änskönt företeende en rätt betydande infiltration af cutis, för det palperande fingret icke erbjuder någon resistens.

Uti preparat, exciderade den 21 januari, synas fortfarande ganska betydande, runda eller ovala ansamlingar af småceller kring kärlen i rete subpapillare.

Snitt af hudpartiet, excideradt den 10 mars, omkr. 5½ månad post infectionem, omkr. 1½ månad efter exantemets fullständiga återgång, förete äfvenledes i enstaka härdar uppträdande, fullt tydliga rundcell-infiltrat kring kärlen uti det subpapillära kärlnätet. I rete Malpighii ses ställvis mitoser.

Äfven uti snitt af det den 28 mars, omkr. 2 månader efter exantemets återgång, omkr. 6 månader post infectionem exciderade hudpartiet anträffas, åtminstone å tvänne ställen, i rete subpapillare en ganska riklig ansamling af rundceller, otvifvelaktigt utgörande en kvarlefva af de cellinfiltrationer, som konstituerat den recenta papeln. Hårfolliklarna, svett- och talgkörtlarna förete intet abnormt.

VIII. A. K., inhyseskvinna, 30 år, intogs på sjukhuset den 6 maj 1896. Patienten observerade utslag å kroppen i slutet af mars och ungefär samtidigt instälde sig svårighet att svälja. — Vid intagningen observerades en papulös syfilid å hela kroppen; en del af syfiliderna voro redan lätt fjällande. — Föreskrefs smörjkur samt jodkali.

Den 7 maj excideras två af de papulösa syfiliderna. Tillika markeras å buken tvänne linsstora, kopparfärgade syfilider.

Den 3 juli var den ena af de markerade paplerna fullständigt läkt; efter den andra kvarstod fortfarande en otydligt skönjbar brunaktig fläck.

Den 17 juli excideras det markerade, sedan den 3 juli skenbart friska hudpartiet. Absolut alkohol.

Den 23 augusti excideras den återstående markerade syfiliden. Den samma är fortfarande synlig, ehuru alldeles otydligt, genom en lätt gråaktig anstrykning af huden å det markerade stället. Absolut alkohol.

Pat. utgår den 24 augusti.

Vid mikroskopisk undersökning af det den 17 juli, omkr. 6 månader post infectionem och omkr. ½ månad post sanationem, exciderade hudpartiet befinnes en del papiller tämligen rikligt infiltrerade med småceller; en sparsam rundcell-infiltration förekommer äfven å några ställen kring kärlen uti rete subpapillare. — Äfven uti det den 23 augusti, omkr. 7¼ månad post infectionem, exciderade hudpartiet har ej någon fullständig resorption af infiltrationscellerna egt rum. Såväl kring en hårfollikel, en svettkörtels utförselsgång som uti en papill förekommer en fullt tydlig infiltration med småceller.

Utom ofvan nämnda tvänne fall har jag yttermera uti flere fall exciderat pigmentfläckar efter en för längre eller kortare tid sedan aflupen papulös syfilid. Kliniskt taget betraktas ju den papulösa syfiliden, efter hvilken endast pigmenteringar återstå, ofta nog som »läkt». Till belysande af denna »läknings» beskaffenhet i anatomiskt hänseende, vill jag, oafsedt det tidigare anförda, yttermera omnämna följande af mig undersökta fall.

IX. J. V., dräng, 20 år, intogs på sjukhuset den 28 februari 1894. — I början af december 1893 observerade patienten ett sår å penis och i slutet af januari 1894 uppträdde hudutslag. Vid intagningen förefans å penis ett i det närmaste läkt sår, å kroppen papulösa syfilider, ställvis till och med pustulösa. — Behandlades med hydrargyr. tannic. oxydulat., senare med jodkali.

Den 26 maj, omkr. 6½ månad post infectionem, excideras från buken en pigmentfläck efter den papulösa syfiliden. Alkohol.

Mikroskopisk undersökning utvisar rätt riklig, småcellig infiltration kring kärlen i rete subpapillare, uti en del cutispapiller samt kring en hårfollikel.

X. A. F., torpareson, 25 år. Intogs första gången på sjukhuset den 17 september 1895 med ett indureradt sår å præputium. Behandlades med smörjkur och jodkali; utgick som frisk den 4 november 1895. — Något före jul år 1895 uppträdde å kroppen papulösa syfilider, hvilka småningom läktes med kvarlemnande af pigmenteringar. — Den 25 mars 1896 intogs patienten för andra gången och före-

tedde då talrika pigmentfläckar å bålen samt en papulo-krustös syfilid å pannan.

Den 1 april excideras en pigmentfläck från huden å buken. Sublimat; alkohol.

Vid den histologiska undersökningen af det omkr. 7 månader post infectionem exciderade hudpartiet konstateras riklig rundcell-infiltration i papillerna, kring kärlen i rete subpapillare, kring en hårfollikel samt svett- och talgkörtlarna.

XI. A. T., arbetarehustru, 28 år, intogs på sjukhuset den 2 oktober 1895. Enligt uppgift infekterad af mannen; det första hudutslaget uppträdde i slutet af augusti. — Vid intagningen observerades en papulös syfilid öfver hela kroppen; flertalet papler voro fjällande, en del redan resorberade med kvarlemnande af pigmentfläckar. — Föreskrefs jodkali och kvicksilfver invärtes.

Den 17 november excideras från högra armbågsvecket en brun, pigmenterad fläck efter en papulös syfilid. MÜLLERs lösning.

Mikroskopisk undersökning utvisar uti det omkr. 5 månader post infectionem exciderade hudpartiet en rätt riklig rundcell-infiltration i papillerna samt kring kärlen i rete subpapillare.

Undersökning af de väfnadsförändringar, som eventuelt kvarstå efter läkningen af *fuktande* papler, condylomata lata, har gjorts i följande två fall.

XII. E. M., dräng, 22 år, intogs på sjukhuset den 7 februari 1896. Ådrog sig smitta den 1 november 1895; hudutslag uppträdde i slutet af december. — Vid intagningen förefunnos papulösa syfilider å hela kroppen, talrika, delvis ulcererande mukösa papler å scrotum. — Behandlades med smörjkur; dessutom lokalbehandling.

I slutet af februari voro paplerna å scrotum fullständigt resorberade. Någon palpatoriskt uppvisbar infiltration af huden kunde ej konstateras, men däremot kvarstodo å paplernas plats ljusare fläckar, skarpt aftecknande sig mot den för öfrigt synnerligen mörkt pigmenterade scrotalhuden. — Den 28 mars, omkr. 1 månad efter paplernas resorption, exciderас tvänne af dessa »leucoderma»-fläckar. Sublimat; alkohol.

Vid den histologiska undersökningen iakttages en ganska riklig småcell-infiltration omedelbart under epidermis samt i stratum subpapillare. Epitelpapillerna äro å det ställe af preparatet, som motsvarar den ljusare fläcken, låga eller helt och hållet utplånade. Utan att i detta sammanhang närmare inlåta mig på pigmentfrågan, vill jag anmärka, att uti de perifera delarna af snitten, hvilka innehålla normal scrotalhud, epider-

mis' basala cellager är starkt pigmenteradt, men att denna pigmentering tämligen plötsligt aftager vid det ytliga ärret. Den normala scrotalhuden företer i cutis mycket sparsamt pigment, medan däremot å leucodermastället rikligt, brunfärgadt pigment förefinnes i papillerna och stratum subpapillare.

XIII. F. O. W.,[1] torpare, 36 år. Vid intagningen på sjukhuset den 20 juli 1896 företedde patienten, bland andra symptom, jämväl mukösa hypertrofierande papler å scrotum. Den 23 augusti voro paplerna å scrotum resorberade; pigmentfattigare fläckar efter paplerna kvarstå dock fortfarande, men ingen infiltration af väfnaden kan palpatoriskt uppdagas. Genom mätning bestämmes läget för en af dessa fläckar.

Den 2 oktober framträder fortfarande det markerade stället som en ljusare fläck. Excision; fixering i sublimat; alkohol.

Äfven i detta, omkr. 1⅓ månad efter papelns läkning exciderade väfnadsparti förekommer riklig rundcell-infiltration såväl i papillerna som i stratum subpapillare.

Öfverblicka vi resultaten af den histologiska undersökningen, så bör först och främst anmärkas, *att uti intet enda af de af mig undersökta, här ofvan meddelade fallen en fullständig restitution af det altererade väfnadspartiet kommit till stånd*, i hvarje fall hafva i cutis mer eller mindre rikliga rundcellinfiltrat anträffats.

Efter den indurerade chankern, vid hvilken cellinfiltrationen når en sådan mäktighet som vid ingen annan manifestation af recent syfilis, kvarstå härdar af rundceller ännu lång tid efter det chankern, kliniskt taget, måste betraktas som fullständigt läkt. Bland de i detta afseende undersökta 5 fallen hafva i fall V infiltrationsceller anträffats ännu omkr. $1\frac{8}{12}$ år post infectionem och omkr. $1\frac{4}{12}$ år efter chankerns läkning, änskönt fallet i fråga tvänne särskilda gånger undergått en tämligen kraftig specifik behandling.

Fall VI utvisar, att äfven efter ett exantem af så flyktig natur, som ett roseolautslag, en perifollikulär rundcell-infiltration kan kvarstå ännu minst en månad efter exantemets återgång.

---

[1]) Fallet finnes redan tidigare anfördt under n:r III.

Vid den syfilitiska papeln hafva rundcell-infiltrat i papillerna kring kärlen i rete subpapillare, kring svett- och talgkörtlarna anträffats ännu omkr. 6 till 7 månader post infectionem samt omkr. 2 månader efter papelns läkning (fall VII och VIII).

Det har icke lyckats mig att fastställa, huru länge dessa infiltrationshärdar fortbestå; ej håller har jag tils vidare varit i tillfälle att utsträcka dessa undersökningar till andra eruptionsformer af recent syfilis än de anförda. Ofvan nämnda fynd, bekräftande riktigheten af de resultat, till hvilka NEUMANN på grund af tidigare gjorda, om ock ofullständiga undersökningar kommit, synas mig i många afseenden vara af stort intresse.

Det är bland syfilidologer ett redan länge kändt sakförhållande, att recidiv *in situ* kunna uppträda under alla perioder af syfilis. En *chancre redux* kan uppstå å stället för den primära sklerosen, och PORTALIER, [1]) bland andra, omnämner flere fall, där under sekundärperioden uppträdande exantem upprepade gånger recidiverat in situ. Dessa kliniska fakta finna sin naturliga förklaring genom förekomsten af ofvan nämnda cellinfiltrationer, hvilka, aflagrade i väfnaden under det recenta stadiet af sjukdomen, icke sedermera resorberats.

Den kliniska erfarenheten har vidare ådagalagt, att äfven tertiära former ännu i ett mycket sent stadium af sjukdomen uppträda på precis samma ställe, som i sjukdomens recenta stadium utgjort säte för någon syfilitisk efflorescens. HASLUND[2]) har sålunda funnit hudgummata uppträda å samma plats, där förut syfilitiska papler haft sitt säte. NEUMANN[3]) har iakttagit motsvarande förhållande i svalget. EHLERS[4]) omnämner en person, infekterad för 20 år sedan, som sedan dess ej haft andra symptom än upprepade ulcerationer, simulerande en reinfektion, å det ställe, hvarest den primära chankern suttit. LANG[5]) framhåller, att man finner hjärn- och ryggmärgssyfilis

[1]) Congrès international de Dermat. et de Syphiligraphie, en 1889. Comptes rendus, publiés par H. FEULARD, s. 687.

[2]) Verhandlungen des X. internat. medicinischen Congresses.

[3]) Ueber die klinischen und histologischen Veränderungen der luëtisch erkrankter Tonsillen und Gaumenbögen. Wiener klin. Wochenschr., 1891, n:r 49.

[4]) Congrès internat. de Dermat. et de Syphiligraphie, en 1889. Comptes rendus, publiés par H. FEULARD.

[5]) Ueber Meningealirritation bei beginnender Syphilis. Vierteljahresschrift für Dermat. und Syphilis, 1885.

utveckla sig hos personer, hvilka vid sjukdomens första utbrott haft symptom, antydande en irritativ process i nämnda organ.

På grund af dessa och andra likartade kliniska observationer, sammanstälda med de patologiskt-anatomiska väfnadsförändringar, hvilka de facto kvarblifva efter de recenta syfilitiska eruptionernas läkning, har NEUMANN [1]) föranledts till antagandet, att de tertiära affektionerna orsakas genom utvecklingen af inflammatoriska produkter, som datera sig från sekundärperioden. En mängd orsaker kunna framkalla och gynna proliferationen af dessa exsudatcellhärdar. Till dessa orsaker höra t. ex. dåliga hygieniska förhållanden, alkoholmissbruk, trauma, ofta upprepade irritationer af det ena eller andra slaget o. s. v. Anatomiska fynd af den art, som de af NEUMANN själf offentliggjorda samt de af mig här ofvan meddelade, utgöra, det kan icke förnekas, ett kraftigt stöd för denna åsikt, äfven om de tertiära formernas i allmänhet svåra, destruktiva karakter icke därigenom förklaras. Måhända har FINGER rätt, då han, för att förklara denna egenhet hos tertiär syfilis, anser, att tertiär lues icke mer är beroende på det organiska syfilitiska virus, utan på de af syfilismikroberna orsakade toxinerna. — Framtida forskningar är det förbehållet att till full evidens ådagalägga det kausala sambandet mellan dessa, från det recenta stadiet kvarblifna cellinfiltrationer och *lokalisationen* af en viss tertiär process, vare sig att den samma är belägen å kroppens yta eller uti inre organ.

Det är ej allenast för ett rätt förstående af de under senare perioder af sjukdomen tillstötande specifika affektionernas histogenes, som de af NEUMANN och mig gjorda undersökningarna ega intresse; de samma tyckas mig dessutom vara af stor praktisk betydelse, i det de tillåta dragandet af slutsatser, beträffande den syfilitiska sjukdomens behandling.

Det är klart, att en specifik behandling, som endast går ut på att bringa de makroskopiskt skönjbara symptomen att försvinna, men lemnar de i väfnaden ännu under långa tider efter symptomens läkning kvarstående reproduktionshärdarna för det syfilitiska giftet obeaktade, måste anses otillfredsställande. I profylaktiskt hänseende framgår häraf, bland annat, nödvändigheten af att vid behandlingen af de prostituerade t. ex. icke afbryta behandlingen och tillåta de prostituerade återgå till

[1]) Congrès internat. de Dermat. etc., en 1889. Comptes rendus, publiés par H. FEULARD, s. 276.

sitt forna yrke, så snart de kliniska symptomen äro läkta. En sådan symptomatisk behandling, som endast åsyftar detta »weiss machen», lemnar ingen säkerhet för att de i cutis aflagrade reproduktionshärdarna för det specifika virus oskadliggöras. Efter de synnerligen smittosamma mukösa paplerna, i vulva t. ex., kvarblifva under den tunna epitelbeklädnaden rikliga rundcell-infiltrat, hvilka väl fortfarande måste betraktas som bärare af det syfilitiska giftet, samt hvilka till följd af ett obetydligt trauma kunna blottas.

Om vidare de från sjukdomens utbrott kvarblifna cellansamlingarna utgöra, så att säga, det anatomiska underlaget för eventuela recidiv i framtiden, så böra vi med all makt söka förebygga uppkomsten af sådana cellinfiltrationer i väfnaderna, d. v. s. behandla preventift och som *första kur använda en synnerligen kraftig specifik behandling.* Detta behandlingssätt har ock på grund af vunnen klinisk erfarenhet af många syfilidologer tillämpats i praktiken. NEISSER, [1]) bland andra, uppger, att i många fall en enda energisk kur i sjukdomens början är tillfyllest att upphäfva sjukdomens smittosamhet, dess egenskap att öfvergå på afkomman samt att — under ett helt decennium förebygga uppträdandet af recidiv.

Vidare synes mig det förhållandet, att, efter symptomens läkning, uti väfnaden kvarstanna cellinfiltrationer ännu under månader, till och med år, utgöra ett kraftigt stöd för den af FOURNIER, NEISSER m. fl. påyrkade kroniska, intermittenta syfilisbehandlingen. Egendomligt nog är NEUMANN [2]) själf alt fortfarande motståndare till denna behandlingsmetod. Endast för äktenskapskandidater vill NEUMANN reservera en sådan behandling; en annan af FOURNIERS motståndare på detta gebit, CASPARY, vill använda den samma endast vid behandlingen af prostituerade. Det är, såsom FINGER med rätta anmärker, svårt att fatta, hvarför just personer, tillhörande dessa tvänne kategorier, skola behandlas bättre än andra syfilitiker.

Det faktum att sådana ställen, å hvilka vid sjukdomens utbrott förefunnits någon specifik efflorescens, mycket ofta under sjukdomens senare stadier utgöra säte för en syfilitisk affektion, framgången ur icke resorberade rundcell-infiltrat, antyder

---

[1]) Verhandlungen des V. Congr. der Deutschen dermat. Gesellschaft. Arch. f. Dermat. u. Syphilis, bd XXXIV, 1896.

[2]) Verhandl. des V. Congr. der Deutschen dermat. Gesellschaft. Arch. f. Dermat. u. Syphilis, bd XXXIV, 1896.

att den *lokala* behandlingen af de recenta eruptionerna kan vara af stor betydelse i och för förebyggande af recidiv. På denna grund är ock chankerexcisionen, som ju utgör det radikalaste sättet för en lokalbehandling af primäraffektionen, att förorda. WELANDER[2]) har sålunda aldrig observerat å excisionsärret de ytterligt smittosamma »syphilides érosives», hvilka ganska ofta uppträda å platsen för den icke exciderade sklerosen; ej häller har WELANDER någonsin sett en tertiär syfilid uppträda å excisionsärret.

[1]) Till frågan om preventiv behandling af syfilis. Hygiea, 1894.



Stockholm, 1897. Kungl. Boktryckeriet.

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1897. N:r 3.

Über Nephropexie.

Ein Beitrag zur Behandlung der Wanderniere

von

Prof. OTTO ENGSTRÖM
in Helsingfors

Meine Thätigkeit als Gynäkologe hat mir wohl mehr Wandernieren zur Beobachtung gebracht als der Mehrzahl der jetzigen Ärzte; während des Jahres 1896 über 200 Fälle. Die Umstände haben mich gezwungen auch die Behandlung dieses nicht direct gynäkologischen Leidens zu unternehmen. Indessen habe ich erst vor noch nicht ganz zwei Jahren den ersten Versuch eine Niere zu fixiren gemacht. Seitdem habe ich den eingeschlagenen Weg, wenn auch mit Bedenken, beibehalten. Die hiermit gewonnen Erfahrungen bieten vielleicht einiges Interessantes. Ich stehe daher nicht an die ersten 10 von mir ausgeführten Nephropexien zu veröffentlichen, und gleichzeitig über die Indicationen die mich zur Operation bewogen, über mein Verfahren und meine Resultate zu berichten.

Obgleich das Vorhandensein von Wandernieren schon im 16:ten Jahrhundert FRANCISCUS DE PEDEMONTIUM bekannt war und in der Mitte des folgenden Jahrhunderts deutlich von JEAN RIOLAN beschrieben wurde, so ist es doch erst von Anfang unseres Jahrhunderts, dass die Beobachtungen allgemeiner wurden. Dennoch betrug die Zahl veröffentlichter Fälle in der Mitte unseres Jahrhunderts erst einige und dreissig. Aber seit dieser Zeit steigt die Zahl der beobachteten Wandernieren gleichmässig und stetig. Est ist auch noch nicht lange her, dass man die Ungelegenheiten, ja Gefahren, welche eine bewegliche Niere hervorrufen kann, in ihrem vollen Werth hat schätzen lernen. Und erst in allerletzter Zeit wurde man

gezwungen eine Behandlung zur Abhilfe der abnormen Mobilität einzuleiten.

So hat man versucht durch Bandagen, Pelotten, Massage der Bauchdecken u. s. w. die Niere in normaler Lage zu halten. Da dies aber nicht immer gelungen ist, so blieb nur ein blutiger Eingriff noch übrig. Zwei verschiedene Wege hat man hierbei betreten. Man hat das Leiden verursachende Organ entfernt, eine Nephrectomie gemacht. Oder auch hat man dasselbe so gut möglich in normaler Lage fixirt, eine Nephrorhaphie oder Nephropexie ausgeführt. — Ich will hier nur in grösster Kürze die verschiedenen Methoden berühren.

Die erste Nephrectomie wegen Wanderniere scheint der amerikanische Arzt GILMORE im December 1870 ausgeführt zu haben. Die Operation wurde mit Lumbalschnitt gemacht und die Kranke genas. Später führte A. MARTIN 1878 die Operation per Laparotomiam ebenfalls mit glücklichem Resultat aus. Nach dieser Zeit ist die Operation mit wechselndem Erfolg von verschiedenen Ärzten gemacht worden. Nach KÜSTER sollen im Ganzen bisher 42 Exstirpationen von beweglichen Nieren mit nicht weniger als 11 Todesfälle, d. i. eine Mortalität von 26,19 %, ausgeführt worden sein.

Die zweite Methode eine Wanderniere operativ zu behandeln, die Nephropexie, ist von E. HAHN angegeben worden, welcher dieselbe zum ersten Mal am 14 April 1881 ausführte. Durch SIMONS Schnitt drang er auf die Niere zu, welche von der Bauchseite in die Wunde gepresst wurde. Mit 6—8 Catgutnäthen, die nur die Fettkapsel umfassten, wurde das Organ in der Wunde fixirt. Diese wurde tamponirt und offen gelassen.

Es zeigte sich indessen bald, dass eine in dieser Weise fixirte Niere nach kurzer Zeit wieder beweglich wurde. HAHN rieth daher man solle die Fettkapsel am convexen Rand der Niere spalten, von der hinteren Seite entfernen und den so gebildeten Lappen in die Lendenwunde einnähen. Aber auch diese Massregel erwiess sich als ungenügend. Er und Andere gingen daher noch einen Schritt weiter vor und führten die Nähte durch die fibröse Kapsel. TUFFIER resecirte ausserdem die abgelöste Capsula propria in einer Breite von 2 cm. Schon 1883 wagte indessen I. SVENSSON noch die Nierensubstanz zu durchstecken und mit Suturen aus Seide fixiren um sich noch besser gegen ein späteres Ablösen derselben zu sichern.

Aber man war auch darauf bedacht die Niere wieder in normale Höhe zu bringen was bisher noch nicht ganz gelungen war. So bemühte sich CECCHERELLI dieselbe mittelst Catgutnäthen, welche durch das obere Ende und über die zwölfte Rippe geführt wurden, dieselbe an dieser zu fixiren. Die Operirte starb: bei der Section fand man unter anderem auch ein pleuritisches Exsudat. Man muss daher annehmen dass die Pleura bei der Operation verletzt wurde. DE PAOLI durchtrennte sogar die tiefste Rippe um mehr Raum zu gewinnen und fixirte darauf die Niere.

In viel einfacherer Weise suchte ROTTER dasselbe Ziel zu erreichen. Die zur Fixation der Niere bestimnten Näthe wurden durch die Ränder der Lumbalwunde und die Nierensubstanz in der Weise gelegt, dass das Organ beim knoten derselben nach oben gezogen wurde. GUYON wieder spaltet erst die Capsula propria längs dem convexen Rande und resecirt zu beiden Seiten einige mm. Darauf legt er doppelte Catgut-Ligaturen durch die oberen zwei Drittel der Niere ungefär 1 $^1/_2$ cm. vom convexen Rande durch die Nierensubstanz. Jedes Fadenpaar wird sowohl am Ein- wie Ausstichorte zusammengeknotet so dass der durchstochene Theil der Niere zwischen zwei Knoten liegt. Die Enden des obersten Nathpaares werden subperiostal um die 12. Rippe geführt und geknotet. Die übrigen gehen beiderseits durch die Fettkapsel der Niere und werden an der Muskulatur der Lumbalwunde fixirt.

Schlieslich mag erwähnt werden dass HOWITZ empfiehlt die Niere mit einer Naht am Processus transversus des Zweiten und dritten Lumbalwirbels zu fixiren. Seine Resultate scheinen sehr gut zu sein.

Nach langem Bedenken begann ich auch mit einer reservirten operativen Behandlung.

Die von mir operirten Fälle sind folgende.

1. K. V. J., 38 Jahr. Tischlerfrau. Helsingfors.

Pat. consultirte mich zuerst $^{10}/_{11}$ 1894 und erzählte folgendes. Die Menses sind stets ungestört verlaufen. Pat. heiratete im Alter von 22 Jahren und hat 4 reife, lebende Kinder geboren. Die Entbindungen und Wochenbette sind normal verlaufen. Vor ungefär 18 Jahren fing die Patientin an ohne nachweisbare Ursache ein Gefühl von Spannung, Stiche und Unbehagen im rechten Hypocondrium und in der Nierengegend zu spüren. Diese Symptome sind nach kurzeren oder längeren Zwischenräumen wiederholt aufgetreten, besonders nach körperlichen Anstrengungen. Im letzten Sommer hatte die Patientin nach

einer anstrengenden Hebung das Gefühl als ob sich etwas in der rechten Seite des Abdomen löste, und sich in der folgenden Zeit herabsenkte. Bei der Untersuchung wird gefunden: Der Uterus normal anteflectirt, etwas vergrössert, ohne Schmerzen beweglich. Portio vaginalis ein wenig vergrössert. Os ext. uteri breit; das Sekret vermehrt, nicht rein mucös. Die Adnexe nicht empfindlich oder infiltrirt. Die rechte Niere senkt sich in aufrechter Stellung bis zu Nabelhöhe, ein wenig unterhalb der Kleiderbänder, ist ein wenig vergrössert und bedeutend empfindlich. Die Bauchwand ist schlaff, der Bauch ein wenig hängend; keine Schürfurche nach den Kleiderbändern. Die Patientin ist von zartem Körperbau und schlecht ernährt. Dié Hautfarbe ist blass. Der Dorsaltheil des Rückens bildet eine ausgesprochene Kyphose. Von den übrigen Organen nichts bemerkenswerthes. — Diagnose. Endometritis. Ren migrans dexter. — Ein s. g. Gesundheitscorsett wurde vorgeschrieben, auf welchem alle Kleiderbänder geknotet werden sollten.

Am $^{16}/_{9}$ 1894 stellte sich die Kranke wieder ein. Nach Gebrauch ihres Corsettes hat sie Erleichterung gespürt und leichtere Körperanstrengungen ausführen können. Am $^{14}/_{12}$ 1894 ist das Verhalten dasselbe. Aber ebensowenig wie vorher kann doch das Corsett das Herabsinken der Niere bis zur Nabelhöhe verhindern.

Am $^{23}/_{4}$ 1895 besuchte die Kranke meine Poliklinik. Die letzten Wochen hat sie trotz Magenbinde und Gesundheitscorsett so starke Schmerzen in der rechten Nierengegend und unter dem rechten Rippenrande gehabt, dass sie nur mit Schwierigkeit hat eine Stunde arbeiten können. Sie hat darauf Rückenlage einnehmen müssen, wobei sich die Schmerzen stets verringerten, bisweilen sogar aufhörten. Kein Übelsein oder Erbrechen, aber etwas Darmträgheit. — Status præsens. Uterus und Adnexe wie vorher. Die bewegliche Niere äusserst empfindlich, augenscheinlich etwas geschwollen, unter gelinden Schmerzen verschiebbar.

Die Kranke wird in meine Gynäkologische Klinik aufgenommen und am

$^{4}/_{5}$ 1895 *Nephropexia dextra* vorgenommen. Vorbereitungen wie zur Laparotomie. Chloroformnarkose. Lumbalschnitt. Durchschneidung der Capsula adiposa renis und Resection des Fettgewebes an der Hinterseite der Niere. Vermittels zweier feiner Seidennäthe und dreier feiner Catgutnäthe, welche durch die Capsula propria und etwas Corticalsubstanz geführt werden, wird die hintere Seite der Niere an die Muskulatur der Wundränder so hoch wie möglich fixirt. Mit tiefen und oberflächlichen Seidennäthen wird die Lumbalwunde dann vernäht, nachdem ein Gummidrain bis zur Niere geführt worden ist. Jodoformgazeverband. Kräftiger Druck von vorn vermittelst eines Wattelagers, welches unterhalb des rechten Rippenrandes angebracht wird. — Der Heilungsverlauf vollkommen ungestört. Die Temperatur steigt am Abend des dritten Tages auf 37,8 C., sonst nie über 37,2 C. Das Pulsmaximum ist 88. Die Harnmenge nicht vermindert. Kein Bluthamen. Die Operirte wird am $^{24}/_{5}$ gesund entlassen.

Späteres Befinden. — Am $^{3}/_{9}$ 1895. Die Niere etwas unterhalb der normalen Stelle fixirt, aber nicht ganz unbeweglich, sondern mit

geringer Verschieblichkeit. Die Operirte wird von keinerlei Schmerzen oder anderem Unbehagen in der rechten Nierengegend oder der Weiche belästigt und vermag schwere Arbeit auszuführen, wie Wäsche u. a. m. Am $^{1}/_{12}$ 1896: Die rechte Niere in beinahe normaler Höhe fixirt. Die Operirte ist kräftiger geworden. Keine Beschwerden von der rechten Niere.

2. E. S., 32 Jahr. Fabriksarbeiterfrau. Helsingfors.

Die Kranke besuchte meine Poliklinik am $^{3}/_{4}$ 1895 und gab folgendes an: Die Menses anfangs ohne Störung. Die Patientin heiratete im Alter von 22 Jahren und hat 6 reife, lebende Kinder geboren, das letzte im December 1892. Die Entbindungen und die Puerperien normal. Zwei Wochen vor der letzten Geburt fiel Pat. auf der Strasse, und bekam darauf schwere Schmerzen in der rechten Iliacalregion und dem Kreuz. Diese Schmerzen liessen aber nach wenigen Tagen nach. Aber kurz nach der letzten Geburt fing sie an Stichen in der ganzen rechten Bauchseite zu leiden. Sie suchte daher im Oktober 1894 ärztliche Hülfe, wurde gynäkologisch behandelt und empfand einige Erleichterung. Die Schmerzen nahmen aber wieder zu und verhinderten ihre Arbeit. — Leichte dyspeptische Beschwerden. — Bei der Untersuchung findet sich: Der Uterus retroflectirt, etwas vergrössert, bimanuel reponibel, ein wenig empfindlich. Die Portio vaginalis in der Nähe der Symphyse, nach rechts leicht eingerissen. Os ext. uteri weit, ohne Erosion; das Sekret vermehrt, nicht rein schleimig. Das rechte Ovarium vergrössert, rundlich, emfindlich aber beweglich. Die Adnexe sonst ohne nachweisbare Veränderungen. Die rechte Niere sinkt bei aufrechter Stellung bis zu Nabelhöhe, ist nicht vergrössert, aber ein wenig empfindlich und leicht in die normale Lage verschiebbar. Die Bauchwand ist wenigstens nicht auffallend schlaff, der Bauch ganz wenig hängend; keine Schnürfurche der Kleiderbänder. Die Patientin ist mager, aber ziemlich kräftig. — Diagnose. Retroflexio uteri. Endometritis. Metritis. Oophoritis dextra. Ren migrans dexter. — Die Behandlung war eine allgemein kräftigende nebst heissen Irrigationen, Wasserumschläge. Am $^{8}/_{5}$ wurde in der Klinik ausgeführt Abrasio mucosae et Vaginifixatio uteri Mackenroth. Die Heilung vollkommen ungestört.

Eine Verminderung der Schmerzen wird aber nicht erreicht, dieselben verhindern in hohem Grade die Arbeit. Am $^{10}/_{6}$ ist die Empfindlichkeit der rechten Niere grösser als je zuvor. Die Schmerzen, welche die Patientin bei Druck auf die Niere fühlt sind nach ihrer Angabe die gleichen, wie die welche sie belästigen. Sie wird wieder in die Klinik aufgenommen und am

$^{12}/_{6}$ 1895 *Nephropexia dextra* ausgeführt. Vorbereitungen wie zur Laparotomie. Chloroformnarkose. Lumbalschnitt. Als die Durchschneidung der Fettkapsel vorgenommen werden soll reisst das Peritoneum ein. Die öffnung wird sofort mit Catgut vernäht. Es zeigt sich, dass die Niere nur in einer Ausdehnung von 4 cm. Länge und ungefär 3 cm. Breite vom Peritoneum unbedeckt ist; ein wirklicher Mesonephron ist vorhanden. Die Peritonealbedeckung wird von der Hinterseite abgeschoben. Mit drei feinen Seiden- und vier Catgunäthen durch Cap-

sula propria und ein wenig Nierensubstanz wird die Hinterseite der Niere an die Muskelschicht der Lumbalwunde fixirt; die oberste Naht geht durch das Periost am Unterrande der 12 Rippe. Die Niere wird also nicht in normale Höhe gebracht. Ein Drain wird an die Niere herangeführt, worauf die Lumbalwunde mit tiefen und oberflächlichen Seidennäthen geschlossen wird. Aseptischer Verband und Wattecompression von vorn. Rückenlage. — Heilung ungestört. Die Temperatur steigt am Abend des dritten Tages auf 37,9 C. sonst nicht höher als normal. Harnmenge normal. Harn ohne Blut. Die Operirte wird am $^{1}/_{7}$ entlassen.

Späteres Befinden. — Am $^{10}/_{9}$ 1895. Die Niere ein wenig in der durch die Operation erhaltenen Lage beweglich. Die Operirte fühlt sich ganz gesund und hat körperliche Arbeit ausführen können. — Am $^{13}/_{10}$ 1896. Die rechte Niere etwas tiefer als normal fixirt. Keine Schmerzen in der rechtén Seite nach gewöhnlicher Körperarbeit. Aber nach sehr schwerer Arbeit und wenn die Kleiderbänder direct auf den Körper, ohne zwischenliegendes Gesundheitscorsett, geknotet werden, so fühlt die Patientin am folgenden Tage eine gewisse Empfindlichkeit unterhalb des rechten Rippenrandes und in der Nierengegend.

8. H. S., 28 Jahr, ledig, Näherin. Helsingfors.

Die Patientin consultirte mich am $^{11}/_{1}$ 1895 und theilte folgendes mit: Die Menses regelmässig jeden Monat wiederkehrend, von 5 tägiger Dauer und ohne Schmerzen. Seit etwas mehr als einem Jahr leidet Patientin an Schmerzen in der rechten Weiche, von hier ausstrahlend zur Nierengegend und Scapula, nach vorn im Bauche und zur Vorderseite des rechten Schenkels. Diese Schmerzen hindern sie oft längere Zeit zu sitzen und zu nähen. Dieselben zwingen sie oft zum Hinlegen, wobei sie stets bedeutende Linderung hat. — Bei der Untersuchung findet sich: Der Uterus normal anteflectirt, nicht vergrössert oder empfindlich, frei beweglich. Os ext. uteri oval, ohne Erosion; das Sekret vermehrt, klar. Die Adnexe weisen keine Veränderungen auf. Die Hymenalöffnung eng. Die rechte Niere sinkt in aufrechser Stellung unterhalb des Rippenrandes und unterhalb der Ansatzstelle der Kleiderbänder, ist etwas empfindlich, nicht nachweisbar vergrössert und kann ohne Schwierigkeit in die normale Lage reponirt werden. Die linke Niere sinkt mit dem unteren Pol etwas unterhalb des Rippenrandes, ist nicht empfindlich oder nachweisbar vergrössert. Die Bauchwand fest, gut gebildet. Keine von den Kleiderbändern verursachte Schnürfurche. — Der Allgemeinzustand gut. — Diagnose. Ren migrans dexter et sinister.

Die Patientin wird gerathen ein Gesundheitscorsett zu tragen und auf demselben alle zum Anzug gehörenden Bänder zu befestigen. — Aber keine bestehende Verbesserung wird hiermit erzielt. Die Schmerzen in der rechten Seite fahren täglich fort, wenn ju Patientin sich mit ihrer Arbeit abgiebt. Die Schmerzhaftigkeit der rechten Niere ist bisweilen äusserst stark. Die Kranke wird daher in meine Klinik aufgenommen und am

$^{28}/_{10}$ 1895 die *Nephropexia dextra* ausgeführt. Vorbereitungen wie zur Laparotomie. Chloroformnarkose. Lumbalschnitt. Die Fett-

kapsel der Niere wird stumpf durchtrennt und an der Hinterseite theilweise resecirt. Mit 3 feinen Seidennäthen durch die Capsula propria und ein wenig Corticalsubstanz an der Hinterseite nahe dem convexen Rande wird die Niere an der Muskulatur der Lumbalwunde beinahe in normaler Höhe fixirt. Ein Gummidrain wird bis an die Niere geführt und die Wunde im Übrigen mit tiefen und oberflächlichen Seidennäthen geschlossen. Aseptischer Verband und Wattecompression von vorn unterhalb des rechten Rippenrandes. Rückenlage. — Heilung gänzlich ungestört. Temperaturmaximum 37,6 C. Pulsmaximum 76. Harnabgang wie früher. Keine Haematuri. Die Operirte wird am $^{12}/_{11}$ gesund entlassen.

Späteres Refinden. — $^{15}/_{4}$ 1896. Die rechte Niere in normaler Lage. Pat. nach der Operation gänzlich arbeitstüchtig. Keine Schmerzen. — Am $^{24}/_{11}$ 1896. Die rechte Niere in richtiger Lage. Die linke wie früher leicht beweglich. Die Operirte fühlt sich ganz gesund.

4. A. L., 50 Jahr, ledig, Dienstmädchen. Brahestad.

Die Kranke besuchte am $^{8}/_{11}$ 1895 die Poliklinik um ärztliche Hülfe zu erhalten und berichtete dabei: Die Menses sind regelmässig gewesen und hörten vor 3 Jahren auf. Die Patientin ist nie schwanger gewesen. Seit zwei Jahren leidet sie an Schmerzen in der rechten Seite, unterhalb des Rippenrandes sobald sie körperliche Arbeit ausgeführt hat. Diese Schmerzen hören stets auf wenn sie sich legt, gleichgiltig ob auf den Rücken oder eine der Seiten. Seit ebensolange hat sie eine Geschwulst fühlen können, die sofort verschwindet wenn sie Rückenlage einnimt; aber sogleich wieder fühlbar wird, wenn sie wieder aufsteht. Die Geschwulst ist zu Zeiten sehr empfindlich gewesen. Die Kranke ist ausserdem von Dyspepsie belästigt und sehr nervös geworden. — Bei der Untersuchung findet man: Der Uterus retroflectirt, ein wenig vergrössert, reponibel. Die Portio vaginalis nahe an der Symphyse, etwas vergrössert. Os ext. uteri oval, weit; das Sekret etwas vermehrt, nicht ganz rein. Die Adnexe frei. Die Hymenöffnung weit. Die rechte sehr empfindliche Niere ist vielleicht etwas vergrössert und sinkt in aufrechter Stellung beinahe unter dem Nabel, auch kann dieselbe leicht nach vorn in die Medianebene verschoben werden. Die Bauchwand fest, recht gut gebildet. Keine von den Kleiderbändern gebildete Schnürfurche. Pat. ist mager und schlecht genährt. — Diagnose. Retroflexio uteri. Endometritis. Ren migrans dexter.

Die Kranke wird in die Klinik aufgenommen und am

$^{15}/_{11}$ 1895 *Nephropexia dextra* ausgeführt. Vorbereitungen wie zur Laparotomie. Chloroformnarkose. Lumbalschnitt. Die an Fett arme Capsula adiposa wird theilweise an der Hinterseite der Niere resecirt. Mit 5 feinen Seidennäthen durch die Capsula propria und ein wenig Corticalsubstanz an der hinteren Seite der Niere, wird das Organ an die Muskulatur in der Lumbalwunde befestigt. Es gelingt nicht die Niere in normale Lage zu heben obwohl die Näthe höher nach oben durch die Muskulatur als durch die Niere gelegt sind. Ein Gummidrain wird an dieselbe herangeführt. Darauf wird die Lumbalwunde durch tiefe und oberflächliche Seidennäthe geschlossen. Asep-

tischer Verband und Compression von vorne. Rückenlage. — Heilung ungestört. Temperaturmaximum 37,5 C. Pulsmaximum 72. Der Harn enthält nie Blut und wird in normaler Menge abgesondert. Die Operirte wird am $^{5}/_{12}$ gesund entlassen.

Späteres Befinden. — Am $^{17}/_{12}$ 1895. Die rechte Niere an die Vorderfläche des Musculus quadratus lumborum lose angeheftet, ein wenig tiefer als normal, nicht empfindlich. Die Operirte wird ein wenig von Dyspepsie belästigt.

5. A. E., 32 Jahr. Schmiedsfrau. Janakkala.

Die Patientin stellte sich am $^{16}/_{4}$ 1895 in der Poliklinik ein und theilte dabe i mit: Menses regelmässig jeden Monat von ungefär 3 tägiger Dauer. Das letzte Jahr immer grössere Schmerzen im Unterleib und Kreuz während der Blutung. Die Patientin heiratete im Alter von 27 Jahren und hat 4 reife, lebende Kinder geboren, das letzte am $^{23}/_{12}$ 1894. Die Puerperien ungestört. Alle Kinder sind gesäugt worden, das letzte bis vor eine Woche zurück. Die Kräfte haben seit dem letzten Wochenbette abgenommen. Seit dem letzten Wochenbette leidet die Patientin an Schmerzen in der rechten Weiche nach Körperanstrengungen. — Die Untersuchung zeigt: Der Uterus von 7 cm. innerer Länge, retroflectirt, sehr biegsam aber nicht auffallend dünnwandig. Portio vag. nicht vergrössert, weich. Os ext. uteri breit, nicht erodirt; das Sekret vermehrt, nicht ganz rein. Die Adnexe frei. Die rechte Niere steigt in aufrechter Haltung bis etwas unter Nabelhöhe herab, kann ohne Schwierigkeit bis an den Nabel und an den normalen Platz verschoben werden, ist etwas empfindlich. Die Bauchwand mager, recht fest und gut gebildet. Keine durch Kleiderbänder verursachte Schnürfurche. Die Kranke ist hochgradig anämisch. — Diagnose. Retroflexio uteri. Atrophia uteri lactationis mitis. Ren migrans dexter.

Die Behandlung war im Beginn eine allgemein kräftigende. Später als eine ausgesprochene Endometritis hervortrat wurde diese in gewöhnlicher Weise behandelt. Das Genitalleiden heilt, aber die Empfindlichkeit der rechten Niere und der Schmerz derselben Seite nimmt zu und strahlt gegen den Nabel zu aus. Ein Gesundheitscorsett wird angelegt, aber der Effect desselben ist nicht zufriedenstellend. Die Kranke muss schliesslich in die Klinik aufgenommen werden und am

$^{18}/_{1}$ 1896 wird die *Nephropexia dextra* ausgeführt. Chloroformnarkose. Lumbalschnitt. Spaltung der Fettkapsel der Niere. Vier feine Seidennähte werden durch die Capsula propria, oberflächlich durch die Corticalis an der Hinterfläche der Niere und höher hinauf durch die Muskulatur der Ränder der Lumbalwunde geführt. Es gelingt nicht die Niere in normale Höhe zu bringen. Ein Gummidrain wird an dieselbe geführt. Die Lumbalwunde wird mit tiefen und oberflächlichen Seidennähten geschlossen. Aseptischer Verband und weiche Compression von vorn gegen die Niere. — Heilung ungestört. Die Temperatur steigt einen Abend auf 37,7 C. Das Pulsmaximum 80. Die Harnsekretion normal. Die Operirte wird am $^{7}/_{2}$ entlassen.

Späteres Befinden. — Am $^{27}/_{10}$ 1896. Die rechte Niere lose am Musculus quadratus lumborum angeheftet, mit dem unteren Pol etwas unterhalb des Rippenrandes, nicht empfindlich. Die Patientin kann körperliche Arbeit ohne Schmerzen verrichten. fühlt sich gesund, ist stärker geworden und etwas rothwangig.

6. J. R., 25 Jahr, ledig, Magd. Nykarleby.

Die Kranke suchte die Poliklinik am $^{21}/_{11}$ 1895 auf und erzählte: Die Menses in den ersten Juhren etwas unregelmässig, aber seit dem 20:sten Jahr regelmässig jeden Monat, von 4 tägiger Dauer, aber von Schmerzen im Unterleibe begleibet. Vor 5 Jahren erkrankte die Patientin unter Frostschauern, Erbrechen und Schmerzen im Unterleibe. Sie musste das Bett 4 Wochen hüten. Seit dieser Zeit leidet sie an beinahe ununterbrochene Schmerzen in der rechten Weiche und ausserdem während der letzten 3 Jahre an Schmerzen in der rechten Iliacalregion. Die Schmerzen sind während der Menstruation sowie bei und nach Körperanstrengungen gesteigert. Fluor albus hat die Kranke viele Jahre belästigt. Sie ist October und Anfang dieses Monats in der medicinischen Klinik aufgenommen gewesen unter Diagnose Neurastenia et Ovarosalpingitis dextra, und hier unter anderem mit heissen Scheidenspülungen behandelt worden. — Die Untersuchung ergiebt: Uterus nicht vergrössert, anteflectirt nach rechts und hintem verzogen, nur unter heftigen Schmerzen von dort verschiebbar. Die Portio vaginalis nicht vergrössert in der Axe der Vagina. Os ext. uteri oval, weit, ohne Erosion; das Sekret vermehrt, nicht ganz rein mucös. Die Scheide leicht hyperämisch. Die linke Tube nebst Ovarium ohne nachweisbare Veränderungen. Das rechte Ovarium nicht vergrössert, aber nicht ganz frei beweglich. Die rechte Tube bedeutend empfindlich; augenscheinlich nicht im höheren Maasse wenigstens verdickt. Um das rechte Ovarium nebst Tube eine diffuse, bedeutende Empfindlichkeit. Hymen intact, dessen Öffnung etwas weit. Die rechte Niere, etwas empfindlich, sinkt in aufrechter Stellung bis etwas unter Nabelhöhe, kann aber ohne Schwierigkeit bis in den Beckeneingang verschoben werden. Dieselbe ist leicht in die normale Lage zu reponiren. Die Bauchwand fest, gut gebildet. Keine Schnürfurche der Kleiderbänder. Allgemeinzustand nicht schlecht. — Diagnose. Vaginitis. Endometritis. Ovaro-salpingitis dextra. Ren migrans dexter.

Eine Behandlung des Genitalleidens wird eingeleitet. Am $^{14}/_{1}$ 1896 findet sich: Uterus mit Cervix nach rechts verzogen, ohne Schmerzen beweglich; das Sekret normal. Vagina gesund. Die Adnexen rechts nicht empfindlich. Der rechte Eierstock nicht ganz frei. Die Patientin klagt über stetig fortgesetzte Schmerzen in der rechten Weiche und ein wenig rechts vom Nabel. Diese Schmerzen nehmen bei körperlichen Bewegungen und beim Liegen auf der linken Seite zu. Sie wird von beständigem mit leichteren Schmerzen verbundenem Gurren im Bauche belästigt. Die rechte Niere wie vorher äusserst beweglich, etwas empfindlich.

Die Kranke wird in die Klinik aufgenommen und am

$^{30}/_{1}$ 1896 die *Nephropexia dextra* ausgeführt. Chloroformnarkose. Lumbalschnitt. Die Fettkapsel wird gespalten. Drei feine Seidensuturen werden durch die Capsula propria, oberflächlich durch die Corticalis der hinteren Seite der Niere und ein wenig höher durch die Muskulatur im Rande der Lumbalwunde gelegt. Die Niere lässt sich nicht ganz in normale Höhe heben. Ein Gummidrain wird an die Niere herangelegt. Die Lumbalwunde wird mit oberflächlichen und tiefen Seidennäthen vernäht. Aseptischer Verband und weiche Compression von vorne. Rückenlage. — Verlauf ungestört. Temperaturmaximum 37,8 C. Pulsmaximum 76. Harnsekretion normal. Die Operirte wird am $^{20}/_{2}$ entlassen. — Am $^{16}/_{3}$ findet sich die Niere in ziemlich normaler Lage fixirt. Die Operirte hat weder Schmerzen noch Empfindlichkeit wie vorher.

Späteres. Befinden. — Laut brieflicher Mittheilung eines Collegen von $^{6}/_{10}$ 1896 leidet die Operirte nur von unbedeutenden Schmerzen in der rechten Regio iliaca, nicht in der Weiche. Sie ist vollkommen arbietsfähig.

7. M. G., 37 Jahr. Bremserfrau. Valkeala.

Die Patientin besuchte die Poliklinik am $^{24}/_{9}$ 1895 und theilte folgendes mit: Menses regelmässig jeden Monat und von 3—4 tägiger Dauer, keine Dysmenorrhoe. Die Patientin heiratete mit 27 Jahren, ist niemals schwanger gewesen. Fluor albus hat sie schon vor der Heirath etwas belästigt, die späteren Jahre aber mehr. Seit ungefär 4—5 Jahren leidet die Patientin oft und im Laufe der Jahre immer mehr an Schmerzen im rechten Hypochondrium, unterhalb desselben und in der Nierengegend, von wo aus sie zur rechten Seite des Kreuzes ausstrahlen. Diese Schmerzen werden durch heftigere Körperbewegungen oder Arbeit vermehrt, sie vermindern sich wenn die Patientin ihre Kleider löst und Rückenlage einnimmt. Viele Jahre ist die Darmthätigkeit träge gewesen, oft ist die Patientin von Harndrang belästigt worden, manchmal mit Schmerzen in der Urethra verbunden. — Bei der Untersuchung findet sich: Der Uterus unbedeutend vergrössert, retroflectirt, nur unter bedeutenden Schmerzen und unvollkommen reponibel. Portio vaginalis etwas vergrössert in der Axe der Vagina. Os ext. uteri oval, keine Erosion; das Sekret ist vermehrt, nicht ganz rein mucös. Die Umgebung der Gebärmutter diffus resistent und empfindlich. Die rechte Niere sinkt bei aufrechter Stellung unterhalb des Rippenrandes und ist bedeutend empfindlich. Die Bauchwand fest, gut gebildet. Keine Schnürfurche nach Kleiderbändern. Die Patientin ist mager. — Diagnose. Retroflexio uteri fixata. Endometritis. Ren migrans dexter.

Gewöhnliche allgemein kräftigende und gegen das Genitalleiden gerichtete Behandlung wurde angefangen. Gesundheitscorsett. Da aber keine Linderung in den von der Wanderniere verursachten Belästigungen erzielt wird und die Patientin keine Körperarbeit ausführen kann wird sie in die Klinik aufgenommen am

$^{22}/_{2}$ 1896 die *Nephropexia dextra* ausgeführt. Chloroformnarkose. Lumbalschnitt. Die Niere ist nur am unteren Pol von Fettgewebe

umgeben. Zwei feine Seidensuturen werden durch die Capsula propria, die Corticalsubstanz der Hinterseite der Niere und etwas höher hinauf durch den Quadratus lumborum gelegt. Die Lumbalwunde wird durch tiefe und oberflächliche Seidensuturen geschlossen, nachdem ein Gummidrain an die Niere herangeführt worden ist. Aseptischer Verband und weiche Compression von vorn gegen die Niere. Rückenlage. — Verlauf ungestört. Temperaturmaximum 37,5 C. Pulsmaximum 76. Die Operirte wird am $^{11}/_{3}$ entlassen. — Am $^{11}/_{4}$ findet sich die rechte Niere lose am Quadratus lumborum angeheftet, etwas niedriger als normal. Die Operirte fühlt sich ganz gesund, empfindet weder Schmerzen noch ist sie in der rechten weiche empfindlich oder unterhalb des Hypochondrium.

Späteres Befinden. — Am $^{20}/_{10}$ 1896. Die rechte Niere sinkt mit dem unteren Ende, aber nicht bis an den Hilus unterhalb des Rippenrandes, ist weder empfindlich noch vergrössert. Bei anstrengender Körperarbeit empfindet Pat. geringe Stiche unterhalb des Rippenrandes, sonst nicht.

8. H. M. R.., 26 Jahre, ledig, Dienstmädchen. Haapajärvi.

Die Patientin besuchte die Poliklinik am $^{28}/_{2}$ 1896 und berichtete: Die Menses regelmässig jeden Monat, Dauer 5 Tage, keine Dysmenorrhoe. Die Patientin erwarb einen Leistenbruch an der rechten Seite vor ungefär 3 Jahreu, welcher sie jedoch nicht besonders belästigt hat. Aber seit 3 Jahren leidet sie an Schmerzen und Empfindlichkeit in der rechten Weiche und unterhalb des Rippenrandes in der Mamillarlinie; der Schmerz strahlt in die Nierengegend aus. Sie suchte Aufnahme in der Chirurgischen Klinik hier und wurde mit gutem Resultat ihres Bruches wegen operirt. Da aber dennoch dieselben Schmerzen und Empfindlichkeit sie belästigen will sie mich consultiren. — Die Untersuchung ergiebt: Der Uterus scharf anteflectirt, etwas nach rechts und tief in der Excavation des Sacrum liegend, ohne Schmerzen beweglich. Das Collum verlängert, auch der supravaginale Theil desselben. Portio vaginalis nicht verdickt, in der Axe der Scheide. Os ext. uteri ovalrund; das Sekret rein schleimig. Die Adnexe frei. Hymen intact, die Öffnung eng. Die rechte Niere sinkt bei aufrechter Sinllung in Nabelhöhe herab und ist sehr druckempfindlich. Wenn die Niere in die normale Lage reponirt ist, so besteht keine Schmerzhaftigkeit in der rechten Weiche und vorne unterhalb des Rippenrandes. Die Bauchwand fest, gut gebildet. Keine Schnürfurche nach Kleiderbändern. — Diagnose. Elongatio colli uteri. Ren migrans dexter.

Die Kranke wird in die Klinik aufgenommen und am

$^{4}/_{3}$ 1896 zur *Nephropexia dextra* geschritten. Chloroformnarkose. Lumbalschnitt. Von der Fettkapsel wird ein Stück an der hinteren und unteren Seite der Niere entfernt. Drei feine Seidennäthe werden durch die Capsula propria, etwas Corticalsubstanz an der hinteren Seite der Niere unterhalb der Mitte und danach höher herauf durch den Quadratus lumborum gelegt. Ein Gummidrain wird unterhalb des unteren Endes der Niere eingeführt. Die Lumbalwunde wird mit tiefen

und oberflächlichen Seidensuturen geschlossen. Aseptischer Verband und weiche Compression von vorn. Rückenlage. — Verlauf ungestört. Die Temperatur steigt einen Abend auf 37,6 C. Pulsmaximum 80. Harnsekretion unverändert, kein Blut im Harn. Die Operirte wird am $^{25}/_{3}$ entlassen. — Am $^{28}/_{4}$ findet sich die Niere gut fixirt, doch nicht ganz unbeweglich und in nicht ganz normaler Lage. Die Operirte fühlt weder Empfindlichkeit noch Schmerzen, reist nach Hause.

Späteres Befinden. — Laut brieflicher Mittheilung der Operirten von $^{22}/_{9}$ 1896 fühlt sie keine Schmerzen in der rechten Weiche wie vorher.

9. A. H., 34 Jahr, Frau. Björkö.

Patientin consultirte mich am $^{16}/_{3}$ 1896 und erzählte folgendes: Die Menses regelmässig jeden Monat wiederkehrend, dauern 7 Tage ohne schwerere Schmerzen. Die Patientin heiratete 20 Jahr alt und hat vor 12 Jahren ein gesundes, reifes Kind geboren. Darauf ist sie noch dreimal schwanger gewesen, aber die Gravidität ist abgebrochen worden im resp. zweiten, siebenten und achten Monat, zuletzt am $^{28}/_{9}$ 1890. Eclampsie beim letzten Partus. Wochenbette ungestört. Eine rechtseitige Wanderniere wurde vor 10 Jahren gefunden. Seit dieser Zeit leidet die Patientin an ständigen Schmerzen in der rechten Weiche und Hypochondrium, am heftigsten kurz vor, unter und nach den Menses und besonders bei und nach körperlichen Anstrengungen. Die Schmerzen nehmen ab und hören sogar auf, wenn die Kranke die Kleider löst und sich auf den Rücken legt. Anf der linken Seite kaun sie gewöhnlich nicht liegen, denu dann treten sofort rechts Schmerzen und Übelsein auf. Nur dann und wann einige Wochen hat sie auf der linken Seite liegen können. Seit ungefär 10 Jahren belästigt sie Übelsein und Erbrechen. — Die Untersuchung ergiebt: Der Uterus normal anteflectirt, etwas vergrössert, ohne Schmerzen beweglich. Os ext. uteri breit; das Sekret vermehrt, nicht ganz rein mucös. Das linke Ovarium vergrössert, nicht frei beweglich, druckempfindlich. Die Adnexe sonst ohne nachweisbare Veränderungen. Die rechte Niere sinkt in aufrechter Stellung in Nabelhöhe herab, ist empfindlieh und augenscheinlich etwas vergrössert. Die linke Niere sinkt mit dem unteren Ende unterhalb des Rippenrandes, ist nicht empfindlich. Die Bauchwand mager, etwas schlaff, ein wenig hängend. Keine Schnürfurche der Kleiderbänder. Die Patientin ist mager, schlecht ernährt, nervös. — Diagnose. Endometritis. Perioophoritis sin. Ren migrans dexter et sinister.

Heisse Irrigationen der Scheide, stärkende und beruhigende Behandlung; Abrasio mucosae uteri mit gebräuchlicher Nachbehandlung. Die Kranke war in die Klinik aufgenommen worden.

$^{2}/_{4}$ 1896 *Nephropexia dextra.* Chloroformnarkose. Lumbalschnitt. Ein Theil der Fettkapsel an der Hinterseite der Niere wird resecirt. Drei feine Seidensuturen durch die Capsula propria und oberflächlich durch Corticalsubstanz an der Hinterseite gelegt fixiren das Organ an den Quadratus lumborum, doch tiefer als normal. Ein Gummidrain wird an den unteren Pol herangeführt. Die Lumbalwunde wird mit

tiefen und oberflächlichen Seidennäthen geschlossen. Aseptischer Verband und weiche Compression von vorn. — Verlauf ungestört. Temperaturmaximum 37,6 C. Pulsmaximum 92. Die Operirte wird am $^{24}/_{4}$ entlassen. Am $^{11}/_{5}$ findet sich die rechte Niere etwas tiefer als normal fixirt.

Späteres Befinden. — Laut brieflicher Mittheilung von $^{25}/_{11}$ 1896 leidet die Operirte nicht an Schmerzen in der rechten Weiche und Hypochondrium.

10. G. L., 31 Jahr, Frau. Kymmene.

Die Kranke, mir von Prof. J. W. RUNEBERG zugeschickt, berichtete am $^{18}/_{5}$ 1896 folgendes: Menses regelmässig, dauern 6 Tage, keine Dysmenorrhoe. Die Patientin heiratete 24 Jahre alt, und hat 4 reife und lebende Kinder geboren, das letzte am $^{12}/_{3}$ 1895; kein Abort. Wochenbette ungestört. Die Kinder sind 8—12 Monate gesäugt worden, das letzte bis Ende Februar dieses Jahres. Seit dem keine Menstruation. Vor 2 Jahren bekam die Patientin nach einem Wochenbett Schmerzen in der rechten Seite. Prof. RUNEBERG diagnosticirte eine Wanderniere. Die Patientin wurde indessen bald schwanger und von da ab verringerten sich die Schmerzen so dass die Patientin am Ende der Gravidität die Niere nicht mehr fühlen konnte, und zu dieser Zeit waren auch die Schmerzen gänzlich verschwunden. Seit dem hat die Patientin nur geringe oder gar keine Schmerzen von der Wanderniere gehabt bis vor drei Monaten. Seit dieser Zeit belästigt sie wieder ein heftiger Schmerz in der rechten Weiche und von hier ins Epigastrinm und die Nierenregion ausstrahlend. Gleichzeitig belästigt sie eine grosse Empfindlichkeit der Wanderniere. — Die Untersuchung ergiebt: Der Uterus weich, vergrössert, dem dritten Schwangerschaftsmonat entsprechend, retroflectirt, ohne Schmerzen bimanuel reponibel. Portio vaginalis weich, leicht blauröthlich, in der Scheidenaxe, etwas vergrössert. Os ext. uteri weit. Die Umgebung der Gebärmutter ohne Empfindlichkeit oder Infiltration. Diere rechte Niere äusserst druckempfindlich und wohl etwas vergrössert. Dieselbe sinkt in aufrechter Stellung in Nabelhöhe herab und kann nach vorn beinahe in die Medianebene und nach oben ohne Schwierigkeit in normale Lage verschoben werden. Die Bauchwand nicht auffallen schlaff. Keine Schnürfurche. Ernährungszustand recht gut. — Diagnose. Retroflexio uteri gravidi. Ren migrans dexter.

Die Kranke wird in die Klinik aufgenommen und am

$^{28}/_{5}$ 1896 die *Nephropexia dextra* gemacht. Chloroformnarkose. Lumbalschnitt. Ein Theil der Fettkapsel an der Hinterseite der Niere wird entfernt. Mit vier feinen Seidensuturen durch die Capsula propria, oberflächlich durch die Corticalis der hinteren Nierenfläche und höher herauf durch den Quadratus lumborum wird das Organ fixirt, aber nicht in ganz normaler Höhe. Ein Gummidrain wird unterhalb des unteren Endes der Niere eingeführt. Die Lumbalwunde wird mit tiefen und oberflächlichen Seidennäthen vernäht. Aseptischer Verband und weiche Compression von vorn. — Verlauf ungestört. Temperaturmaximum 37,3 C. Pulsmaximum 84. Die Operirte wird am $^{19}/_{6}$ entlassen.

Späteres Befinden. — Am $^{15}/_{8}$ 1896. Die rechte Niere in richtiger Lage, keine Schmerzen. Die Schwangerschaft verläuft ungestört.

Die Kenntniss von der Bedeutung, welche einer Wanderniere zukommt ist noch so wenig Allgemeingut, dass ich mich veranlasst sehe in aller Kürze die Beschwerden und Leiden zu streifen, die von einer solchen herrühren können. Aus diesem Bericht geht die Berichtigung einer gegen diese Anomalie gerichteten Behandlung von selber hervor.

Die Wanderniere, gewöhnlich einseitig, aber auch nicht zu selten beiderseits vorhanden, ist bei Frauen eine sehr gewöhnliche Erscheinung, deren Etiologie ich ein anderes Mal zu behandeln wohl Gelegenheit finden werde. Diese von dem Normalen abweichende Erscheinung entgeht aber doch in der Mehrzahl Fälle der Reobachtung des Arztes und der Kranken, weil von derselben nur in seltenen Fällen erwähnenswerthe Ungelegenheiten ausgehen. Aber auch in Fällen, wo deutliche auf eine Wanderniere zu beziehende Symptome vorhanden sind, ist ein objectives Nachweisen des Sachverhaltes keineswegs stets leicht. Sogar eine bis gegen die Nabelregion sich dislocirende Niere sinkt der Regel nach, sobald die Patientin sich auf den Rücken legt, nach hinten, um besonders nach einigen tiefen Athemzügen, von selber die normale Lage einzunehmen. Von der beweglichen Niere ist dann nichts zu entdecken. Ja, in Rückenlage kann es sogar schwer, bisweilen unmöglich sein dieselbe nach vorn zu bringen, während dieselbe bei aufrechter Stellung von selber unter dem Rippenrande prolabirt.

Wenn dagegen eine Wanderniere Beschwerden verursacht so empfindet die Kranke gewöhnlich zuerst ein Gefühl von Unbehagen, Schwere oder sogar Schmerzen unterhalb des Rippenrandes, tiefer im Unterleibe oder in der Nierenregion. Von hier strahlen dieselben zuweilen nach vorn gegen die ganze Bauchgegend, von der Ventrikelgegend bis ins Hypogastrium, zur Vorderseite des Thorax und hinten gegen die Schulterblätter und nach unten gegen die Hüften zu aus. Bisweilen scheinen die Schmerzen bis in die Oberschenkel der Kranken auszustrahlen, zuweilen auf der Vorder-zuweilen auf der Hinterseite derselben. Diese Schmerzen belästigen die Kranke am meisten, wenn dieselbe vollständig angezogen, wenn auch nicht mit stramm angezogenen Kleiderbändern eine körperliche Anstrengung ausführen oder eine längere Zeit vorn übergebeugt sitzen soll, wie beispielsweise beim Nähen. Der Regel

nach werden die Beschwerden gelindert, sogar können das Unbehagen wie die Schmerzen gänzlich aufgehoben werden, wenn sie ihre Kleider löst und Rückenlage einnimmt. In schweren Fällen können diese Schmerzen jegliche der genannten Arbeiten unmöglich machen. Auffallend ist dass diese Schmerzen zu verschiedenen Zeiten in ihrer Intensität bedeutend wechseln können. Schwere, viele Tage andauernde Schmerzen können lange Zeit verschwinden, so dass die Patientin sich für vollkommen und definitiv hergestellt hält. Ich habe sogar gesehen, dass diese Schmerzen ein ganzes Jahr sistirt haben um alsdann mit ungeahnter Heftigkeit wieder einsusetzen ohne dass eine Ursache zu erkennen gewesen wäre.

Zur Zeit der schweren Schmerzen leidet die Kranke an einer mehr oder weniger ausgeprägten Empfindlichkeit in der Weiche, unterhalb des Rippenrandes, bisweilen auch etwas oberhalb des Nabels oder manchmal in der Nierengegend. Diese Empfindlichkeit kann so gross sein, dass es der Frau unmöglich werden kann die Kleider fest genug anzuziehen um sie tragen zu können. Untersucht man alsdann die Kranke genau, so findet man, dass sich diese Schmerzen nur auf die verschobene Niere beschränken und bei Rückbringung derselben in die normale Lage von der Stelle verschwinden wo dieselben vorher ihren Sitz hatten. Nur in dem Fall, dass ein entzündlicher Process um das verschobene Organ herum sich entwickelt hat, bleibt die Empfindlichkeit noch bestehen wenn dasselbe verschoben ist.

Bei den Gelegenheiten, wo die Niere Sitz einer ausgeprägten Empfindlichkeit war, hat es mir stets geschienen als wäre dieselbe mehr oder weniger angeschwollen. Dennoch wage ich dieses nicht ganz entschieden zu äussern, weil es schwierig ist die Grösse der Niere vermittelst Palpation durch die Bauchdecken hindurch festzustellen, umsomehr als die Patientin der Empfindlichkeit dieses Organes wegen unfreiwillig die Bauchdecken hierbei spannt.

Oft finden sich neben diesen Schmerzen verschieden hochgradig ausgesprochene dyspeptische Beschwerden. Gleichfalls treten nicht selten allerhand diffuse Sensationen auf, auch erhöhte oder herabgesetzte Sensibilität. Hierdurch leidet der Allgemeinzustand, die Kräfte nehmen ab, die Laune wird bedrückt oder reizbar.

Zuweilen, wenn auch relativ selten im Verhältniss zu der Häufigkeit der Wandernieren, sehen wir die Symptome einen bei weitem heftigeren und sehr bedrohlichen Character annehmen. — Gewöhnlich nach einer Körperanstrengung oder sogar nach einer heftigen Bewegung treten plötzlich äusserst schwere Schmerzen in der kranken Seite auf, um in verschiedene Richtung auszustrahlen. Gleichzeitig befällt die Kranke eine Precordialangst, der Puls wird schwach, oft äusserst dicht, und das Athmen bis zur Athemnoth gesteigert. Das Gesicht wird blass, Würgen, sogar Erbrechen, kalter Schweiss, Unruhe und Geneigtheit zu Schwindel tritt ein. Gewöhnlich gesellt sich ein Schüttelfrost, mit oder ohne Fieber, hinzu. Obstipation und Harnverhaltung entsteht oder auch gehen nur geringe Mengen dunkelen Harnes, dem auch Blut beigemischt sein kann, ab. Die verschobene Niere erweist sich bei der Palpation als geschwollen und stark druckempfindlich und bedeutend schwerer verschiebbar als sonst. Ausserdem ist oft der ganze Bauch empfindlich und etwas aufgetrieben. Nach 1 bis wenigen Tagen hören die alarmirenden Symptome auf, die Niere wird kleiner und reichlicher Harnabgang tritt ein. Der Harn kann abgestossene Epithelzellen, weisse und rothe Blutkörper enthalten, oder auch ohne abnorme Bestandtheile sein. Die Niere ist gewöhnlich nun wieder beweglich, kann aber in einzelnen Fällen fixirt bleiben. — Solche Anfälle können sich manchmal in kurzen Abständen wiederhohlen.

Die Abhängigkeit der angeführten Symptomen von dem Entweichen der Niere aus ihrer ursprünglichen Lage ist im Allgemeinen leicht erklärlich.

Die aus der Lumbalgegend entspringenden Schmerzen hat man auf den von der Niere auf die Lumbalnerven ausgeübten Druck zurückführen wollen. Schwerlich ist dieses aber die Hauptursache. Denn wir dürfen nicht vergessen, dass diese Nerven im lockeren Bindegewebe eingebettet sind und dass die Niere beweglich, nicht fixirt oder auch gegen das entsprechende Gebiet angedrückt ist. Dagegen muss die Niere bei der Bewegung nothgedrungen eine Dehnung auf den Plexus renalis ausüben. Von diesem kann der Reiz leicht auf die anderen Plexe übertragen werden, wodurch die in verschiedene Theile des Körpers ausstrahlenden Schmerzen erklärt werden. Aber nicht nur durch Dehnung des Plexus renalis kann ein Reiz gesetzt werden. Obgleich die Niere schon unter normalen

Verhältnissen locker angeheftet ist, kann eine grössere Verschiebung derselben doch nicht ohne Störung der Blutcirkulation vor sich gehen. Zunächst wird eine venöse Staung hervorgerufen. Aber auch der Harnabfluss durch den Ureter muss verschwert werden. Infolge dessen entsteht auch ein mehr oder weniger ausgesprochener Reiz der Nerven des Plexus renalis.

Wenn nun die Niere, z. B. bei stehender oder sitzender Stellung, sich unter oder sogar unterhalb der Kleiderbänder der Frau zu liegen kommt, so wird dieselbe einem Druck ausgesetzt und kann sogar noch tiefer herabgepresst werden. Dieses geschieht besonders bei angestrengter körperlicher Arbeit aber auch in vornübergeneigter sitzender Stellung. Die Dehnung des Plexus renalis, die Störung in der Blutcirkulation und im Abgang des Harnes durch den Ureter nehmen zu. Daher tritt Erleichterung ein, wenn die Kranke die Kleider löst und durch Einnahme von liegender Stellung, am besten in Rückenlage, der Niere Gelegenheit giebt wieder die Normale Lage einzunehmen.

Die Anfälle von beunruhigenden Symptomen die ich erwähnt und die gewöhnlich als Niereneinklemmung bezeichnet werden bezieht LEOPOLD LANDAU mit vollem Recht auf eine plötzliche Cirkulationshemmung in der beweglichen Niere. Durch Torsion oder Knickung der Gefässe, in erster Hand der dünnwandigen Venen, entsteht eine Überfüllung mit Blut und daraus resultirende Anschwellung des Organes. Die Folge der venösen Stanung auf die Nierenepitheilen ist eine Verringerung der Harnsekretion.

Dass indessen hierdurch eine so hochgradige Störung der Urinausscheidung eintreten kann, dass sie auf den Allgemeinzustand des Körpers einwirkt, ist unschwer verständlich. Dieses umsomehr als ein Reiz, der auf die eine Niere ausgeübt wird, reflectorisch oft eine Verminderung der Harnsekretion in der Anderen hervorruft, ja, zur vollständiger Anuri auch derselben führen kann. Wir sind daher wohl nicht unberechtigt einen Theil der Symptome, die wir bisweilen anfallsweise bei Patientinnen mit Wandernieren antreffen, als Urämie zu deuten.

Dass eine wenigstens vorübergehende und wenig hochgradige Hydronephrose sich im Gefolge der Wanderniere ausbilden kann ist ohne Schwierigkeit ersichtlich. Und noch mehr,

wir wissen dieses durch Beobachtungen die von mehreren Forschern gemacht sind. Auch ich habe in einigen Fällen eine deutliche intermittirende Hydronephrose bei Wanderniere gesehen.

Die dyspeptischen Beschwerden, welche zuweilen die Gesundheit der Trägerin einer Wanderniere stören, müssen wenigstens oft s. g. nervöser Natur sein. Indessen ist nicht allzuselten gleichzeitig mit einer beweglichen Niere Dilatation des Ventrikels und Enteroptose beobachtet worden. Ob und in welcher Weise diese Zustände im Zusammenhang stehen will ich an dieser Stelle doch nicht erörten.

Aus dem angeführten Berichte über die Symptome, welche bei einer Wanderniere vorkommen, ist zu ersehen wie schwer es sein kann den Antheil abzuschätzen, welcher von der abnormen Beweglichkeit der Niere hervorgerufen ist. Besonders wenn, wie in meinen Fällen, die Frauen meistens noch andere Leiden darbieten, ist es nicht leicht zu entscheiden, wieviel von den Klagen der Kranken auf Hysterie geschoben werden darf, wieviel auf Neurosen oder palbirbare Veränderungen an den Genitalien und schliesslich auch wie viel auf eine Enteroptose.

Wenn nun auch eine Wanderniere äusserst selten einer direkten Behandlung bedarf, ist es doch ersichtlich, dass eine solche hin und wieder eingeleitet werden muss. Es kann sogar in Frage gestellt werden, ob nicht eine jede Wanderniere prophylactisch behandelt werden müsste. In letzter Zeit habe ich daher nicht selten die Benutzung eines weichen, lose sitzenden Corsetts vorgeschrieben, auf welchem alle Kleiderbänder geknotet werden sollen. Hierdurch wird deren Druck über eine grössere Fläche vertheilt und kann nicht direkt auf das dislocirte Organ einwirken.

Sind Symptome erschwerter Blutcirculation oder Harnabsonderung eingetreten, so habe ich mich bemüht das Leiden so viel möglich zu heben, indem ich in erwähnter Weise das Organ gegen Traumata und grössere Dislocation zu schützen suchte. Ich habe der Kranken Ruhe, am liebsten Bettlage für einige Tage angerathen, entschieden aber jede körperliche Anstrengung verboten. Wurde dieses eingehalten, so habe ich die Symptome sich nach einigen Tagen entschieden bessern sehen, sogar ein verschwinden derselben für kurze Zeit beobachtet.

Einige Male habe ich den Versuch gemacht eine Pelotte anzulegen, um ein Hervortreten des Organs unter dem Rippenrande zu hindern. Ich befolgte dabei von anderen vorgeschlagene Massregel. Die Pelotte, von etwas mehr als Nierengrösse, versuchte ich mittels gut passender Leibbinde, Ceinture oder Corsett zu fixiren. Es ist mir aber niemals gelungen damit eine Wanderniere in normaler Lage zurückzuhalten. Das bewegliche Organ scheint, wenigstens bei grösseren Körperbewegungen, sich unter die Pelotte zu zwängen. Denn so fest, dass dieses nicht möglich wäre, lässt sich die Pelotte nicht anbringen, weil der dazu erforderliche Druck auf die Eingeweide des Bauches nicht ertragen würde.

Es ist alsdann nur noch eine operative Behandlung möglich, wenn die Wanderniere der Kranken solche Leiden verursacht, dass ihre Arbeitsfähigkeit ernstlich vermindert oder ihre Gesundheit gestört wird. Es muss aber wieder zugestanden werden, dass es im einzelnen Falle schwer genug werden kann zu entscheiden, was alles nur auf die abnorme Beweglichkeit zurückzuführen ist. Dess weiteren ist es leicht verständlich, dass eine Frau, welche an körperliche Arbeit hingewiesen ist, viel früher genöthigt werden kann sich einer wenn auch gefährlichen Behandlung zu unterwerfen als eine in günstigeren Verhältnissen lebende.

Eine Extirpation des beweglichen Organs kann in unseren Tagen nur bei anderen sehr ernstlichen Affectionen derselben in Rede gestellt werden. Dann wird aber die Extirpation aus solchen Gründen und nicht der Beweglichkeit halber vorgenommen. Dagegen muss ein Befestigen des wandernden Organes in normaler Lage oder auch ein wenig tiefer eine erstrebenswerthe Behandlung sein. — Lässt sich aber der abnormen Beweglichkeit dauernd abhelfen und zu welchem Preis?

Wie man früher operirte und ich selber in den angeführten 10 Fällen es gethan habe, kann man die Niere nicht in vollkommen normale Höhe bringen. Dieselbe wird ein wenig tiefer als normal befestigt. Aus diesem Grund hat LEOPOLD LANDAU die ganze Operation verwerfen wollen, da seiner Ansicht nach nichts von einer Operation zu erwarten wäre, die nur ein abnorm bewegliches Organ in abnormer Lage befestigte. Aber hier wie so oft hat die praktische Erfahrung die Unhaltbarkeit einer augenscheinlich gelehrten Ueberlegung erwiesen. Die neue Lage hat dennoch eine ungestörte Circula-

tion und Harnabsonderung ermöglicht. Dieses wird durch die durchwegs guten Resultate gezeigt, welche diese Methode der Behandlung erzielt hat. — Der Eingriff an und für sich ist aber keineswegs ganz ungefärlich. Ein Gefässreiches Bindegewebe, besonders geeignet einem einmal erwecktem entzündlichen Process zu begünstigen, wird bei demselben eröffnet. Die Gefahr einer Infection lässt sich nicht ohne weiteres abfertigen. Leider ist die Mortalität nicht ganz verschwindend klein. Unter den 274 Nephropexien, die NEUMANN gesammelt hat, sind 5 letal beendet. Aber auch die glücklich verlaufenden Fälle entgehen nicht einer, wenn auch geringen, Läsion der Nierensubstanz. An den Orten, wo Näthe durch die Nierensubstanz gelegt werden, bildet sich, wie spätere Sectionen und Thierexperimente gezeigt haben, eine Narbe, eine Zerstörung von secernierendem Gewebe. In noch grösserer Ausdehnung scheint dieses zu geschehen, wenn ein Theil der Capsula propria der Niere abpräparirt und resecirt wird.

Aus diesem Grunde habe ich in den oben mitgetheilten Fällen die Capsula propria nicht resecirt und nur wenig Nierensubstauz mit den Näthen gefasst.

In den angeführten Fällen habe ich die Operation folgendermassen ausgeführt:

Die Kranke wird chloroformirt und auf die gesunde Seite gelagert. Durch SIMONS Lumbalschnitt bis auf den Hüftbeinskamm verlängert wird die Fettkapsel der Niere blossgelegt. Ein Assistent hält durch Händedruck von vorne die Niere gegen die Wunde hin verschoben. Die Fettkapsel wird geöffnet. Mittelst feiner, scharf gekrümmter Nadel werden feine Seide- oder Catgut-näthe durch die Capsula propria und ein wenig corticale Nierensubstanz auf der Hinterseite hindurchgeführt und weiter dureh Muskelgewebe der Lumbalwunde. Ein bis drei solche Näthe werden beiderseits angelegt. Hierbei habe ich stets das Muskelgewebe höher als die Nieren» substanz gefasst, wodurch beim knoten die Niere nach oben gezogen wird. Darauf wird die Lumbalwunde mit tiefen und oberflächlichen Seidennäthen vernäht, jedoch unter freilassung von Platz für einen Gummidrain, der bis zur Mitte der Niere oder ihren unteren Pol geführt wird. Aseptischer Verband unter geringem Druck und eine grosse weiche Pelotte vorn um die Niere in ihrer Lage zu stützen. Ruhe in Rückenlage.

Der Heilungsverlauf war in allen diesen 10 Nephropexien ungestört. Die Temperatur ist beinahe nie über die normale gestiegen. Der Puls ist ganz ruhig gewesen. Die Harnsekretion ist nicht gestört gewesen, speciell hat sich kein Blut gezeigt. Die Operirten haben, geringe Wundschmerzen die ersten Tage ausgenommen, keine Beschwerden gehabt, im Gegentheil sich vollständig wohl gefühlt und bisweilen nur schwer im Bett zu halten gewesen.

In Bezug auf das Endresultat sind die Aussichten auf bestehende Heilung nicht ganz befriedigend. Denn Recidiv scheint in etwa ein Fünftheil der operirten Fälle eingetreten. Unter den von mir in dieser Weise operirten ist wenigstens einmal ein Recidiw wenn auch leichten Grades eingetreten (Fall 7). In den übrigen Fällen, wo mir Gelegenheit geboten war zu einer Nachuntersuchung, hat die Niere, die ihr durch die Operation gegebene Lage beibehalten. Und noch mehr, dieselbe ist hier nicht absolut fixirt gewesen, sondern hat eine geringe fysiologische Beweglichkeit besessen.

Die Ursache eines Recidivs ist in 2 Umständen zu suchen. Erstens scheint es mir als ob ich, wie Andere vorher, die Niere ursprünglich zu schwach fixirt hätte. So besonders im Falle 7. Ich habe vor Kurzem gesagt aus welchen Gründen ich eine grössere Verwundung des Organs vermieden habe, obgleich so festere Adhärenzen erzielt wären. Es schien mir nicht entschieden in wie weit man ohne Nahtheil die Niere lädiren könne. Die in der Litteratur anzutreffenden Mittheilungen hierüber waren allerdings nicht ganz gering. Aber die grossen Resectionen, welche an der Kapsel gemacht worden sind, und die tiefen Näthe durch das Nierenparenchym, schienen mir doch mit Reservation aufgenommeu werden zu müssen. Es war ein neuer noch nicht ganz festgetretener Weg den ich einschlug. Daher meine Bedenken. Aber auch in anderer Hinsicht bin ich nicht genügend vorsichtig verfahren. Ich habe die Operirten nur 2 $^1/_2$ bis 3 Wochen im Bett gehalten. Andere haben Bettruhe bis zu 6 Wochen vorgeschrieben um der Niere genügend Zeit zu geben sich zu befestigen. Die Ursachen weswegen ich die Operirten nicht längere Zeit im Bett gehalten habe, waren theilweise praktischer Art. Bei dem grossen Zudrang von Kranken zu meiner Klinik, war es beinahe unmöglich eine Patientin längere Zeit nach ausgeführter Nephropexie zu behalten.

Indessen habe ich schon eine etwas andere Operationsmethode eingeschlagen, im Wesentlichen die von GUYON eingeführte, und sind die Kranken längere Zeit zu Bett gehalten worden. Doch darüber ein anderes Mal mehr, seitdem ich mehr Erfahrung über diese Veränderungen gewonnen habe.



NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1897. N:r 4.

Om Hjärtets Perkussionsforhold med särligt Hensyn til den afdämpede Perkussion.

Af

EMIL ISRAEL-ROSENTHAL.
Köbenhavn.

Med 7 Zinkotypier.

I en Afhandling i Nord. med. Arkiv for 1896, Nr 2 og 8, har Dr. STRANDGAARD gjort det i Overskriften nävnte Ämne til Genstand for en indgående Bearbejdelse. Hans Afhandling, der er en forkortet Udgave af en med Universitetets Guldmedalje belönnet Besvarelse af en Prisopgave, konkluderer derhen, at Värdien af den afdämpede Perkussion »er meget när ved at väre lig Nul». Da denne Anskuelse står i Modstrid med, hvad jeg i sin Tid har publiceret,[1]) og da Dr. STR. efter min Formening ikke har prästeret Argumenter, der retfärdiggöre den, finder jeg mig foranlediget til at tage til Orde imod den, og det så meget mere, som Dr. STR. jävnlig er kommen ind på en Kritik af, hvad jeg har skrevet. Det er dog mindre det sidstnävnte Hensyn end Önsket om at stötte en Metode, som jeg vedblivende må anse for at väre den almindelige Perkussion overlegen, der har bragt mig til at gribe Pennen.

Dr. STRANDGAARD mener jo at have vist, at den afdämpede (og interkostale) Perkussion rangerer under äldre Perkussionsmetoder, og at särlig den ved middelstärk Perkussion fundne intense relative Mathed er en langt pålideligere Vejleder til Bedömmelse af Hjärtets Störrelse end den »totale» Mathed;

[1]) Ugeskrift f. Läger, R. 4, Bd 27, Nr 34—36, 1893.

dette söger han dels at begrunde ved Henvisning til en Räkke Mangler, der kläbe ved Bestemmelsen af den sidste, dels söger han Beviset fört ved direkte Sammenligning af Resultater, indvundne ved de forskellige Perkussionsmetoder.

Vi skulle begynde med *Manglerne.*

Dr. STR.'s förste Anke mod den afdämpede [1]) Perkussion er den, at den *ikke giver skarpe Hjärtedämpningsgränser;* på Grund af den jävne Overgang mellem klart og dämpet er det egentlig en ren Skönssag, hvor man vil sätte sin Gränse, i alt Fald på et Område af flere Centimetre. Hvis nu dette var Dr. STR.'s inderste Overbevisning, måtte han, efter min Formening, i Konsekvens heraf opgive enhver Art af topografisk Perkussion; ti ikke alene den afdämpede, men også den absolute og relative Hjärtemathed have efter ham denne beklagelige Mangel på Skarphed i Omridset. I Virkeligheden er Dr. STR. dog ikke *så* overbevist om Umuligheden af en perkussorisk Afgränsning af Hjärtematheden; dels indrömmer han selv, at man dog altid kommer til et Punkt, hvor man siger til sig selv: »her er Gränsen». Han indrömmer end videre, at Folk, der ere lidt övede, og som perkutere nogenlunde med samme Styrke, som Regel ville finde en Gränse, der ikke varierer särdeles meget; endelig anvender han, hvad der bedst viser, at man ikke bör tage hans Indvending altfor alvorligt, i fyldigt Mål alle mulige Perkussionsmetoder og afsätter Gränsen endog i indtil $\frac{1}{4}$ Cm.; ja ved Bestemmelser af den relative Mathed med middelstärk Perkussion lader han endog *en Linje* (ved v. Sternalrand) danne skarpt Skel mellem normale og abnormt forstörrede Hjärtematheder; han må altså have väret ret sikker på *sin* Gränse. — Nå, ganske uden Grund er Dr. STR.'s her omhandlede Anke ikke. Udenfor den egentlige Hjärtegränse, således som den fås ved afdämpet og interkostal Perkussion, findes der ofte et Bälte med ganske svage og tvivlsomme Overgange i Lyd og uden tydelig Forandring i Resistanceformemmelsen; men den Slags »Dämpninger» har jeg aldrig lagt Vägt på; de afhänge i alt Fald til Dels af Forandringer i Brystväggens Krumning og Tykkelse; men de hidröre sikkert også delvis fra cor. Tager man Hensyn til den Slags små

[1]) Hvor det modsatte ikke udtrykkeligt fremgår af Texten, benytter jeg her og i det fölgende Udtrykket »afdämpet Perkussion» som fällesbetegnende for de Metoder, der tilsträbe at give cors *totale* Mathed (altså afdämpet, interkostal og »overfladisk» Perkussion [PETERSSON]).

Lyddifferencer, ja da vil man let kunne väre i Tvivl, om en Dämpning skulde väre tilstede på et givet Sted; man kommer mere eller mindre til at give sig Vilkårligheden i Vold. Derimod får man — det må jeg bestemt hävde så vel efter mine som mange andres Erfaringer, — når man fra denne usikre Zone rykker ind imod Midtlinjen, som aldeles overvejende Regel en Gränse, der er tilsträkkelig skarp til at opfattes bestemt som sådan, og som også markeres ved en tydelig Resistanceforskel. Til Stötte for denne min Erfaring kan jeg citere en Forf., som Dr. STRANDGAARD netop i det her omhandlede Spörgsmål sätter megen Pris på, nemlig JOSEPH MEYER.[1]) Denne Iagttager, der anvender interkostal Perkussion, fremhäver nemlig ikke blot — hvad Dr. STRANDGAARD har anfört — at Hjärtets Leje under et i Tykkelse sukcessivt aftagende Lungelag og bag en krummet thorax ikke er gunstigt for en nöjagtig Bestemmelse af Hjärtets Störrelse, og at man står tvivlende lige over for små Lyddifferencer; men han anbefaler også ved Begränsningen af Hjärtematheden at ignorere disse små Lydforskelligheder, der let give for store Gränser, og altid kun at tage Hensyn til de *prägnante* Overgange, selv om undertiden herved Gränserne kunne blive for små. Foruden Lydforskellen fremhäver J. MEYER også den distinkte Forskel i *Modstandsfölelse*, som man får ved Gränsen, et Moment, som Dr. STRANDGAARD näppe berörer. At jeg nu er gået frem efter de samme Principer som J. MEYER, får jeg en Bekräftelse på ved at betragte hans Tal for Hjärtedämpningens Bredde omtrent ved 4de costa hos normale Individer; i 10 Tilfälde,[2]) hvor Hjärtets *anatomiske Skrådiameter* på dette Sted varierede mellem 9,5 og 12,2, var J. MEYERS Middeltal for *Dämpningen* 12,2, svingende mellem 10,5 og 15,4; mine egne tilsvarende Tal her ere (for Lig) 12,6, med Svingninger fra 10,5—14,5. Selvfölgelig må jeg indrömme, at der ved Opfattelsen af Perkussionsforskelligheder, ligesom ved Vurderingen af ethvert Sanseindtryk, *til en vis Grad* gör sig subjektive Momenter gäldende; en absolut, lineär Overensstemmelse mellem de forskellige Undersögere kan man tilmed, som jeg også i min Afhandling fremhävede, ikke vänte, alle-

---

[1]) Charité-Annalen. 2ter Jahrgang (1875). Berlin 1877, S. 381.

[2]) Jeg har regnet disse 10 Tilfälde til normale i Störrelse, fordi Diameteren gennem Hjärtets Horisontalfure som Regel er lidt mindre end den omtalte Skrådiameter; oftest drejer det sig her om en Forskel omkring 1 Cm.; denne Forskel er mindre for små end for store Hjärter.

rede af den Grund, at det anvendte Plessimeter, Fingeren, jo har en vis Bredde, og man let ved Grånsebestemmelser kan komme til at markere ½ Plessimeterbredde, d. e. en knap Centimeter, forkert, når Fingeren netop appliceres halvt indenfor, halvt udenfor Grånsen. Men den gode Overensstemmelse, som de *fleste* Forfatteres Resultater her frembyde (se nedenfor), er dog på den anden Side en Borgen for, at en Grånsebestemmelse praktisk lader sig gennemföre, og i alt Fald er der på ingen Måde större Subjektivitet i Opfattelse af den totale Matheds Grånser end i den af Dr. STRANDGAARD forsvarede almindelige relative Matheds, tvärtimod (hvorom mere siden). Med en ganske lille Modifikation kan jeg stadigt Ord til andet underskrive, hvad jeg oprindelig udtalte i min Afhandling i Ugeskrift for Läger. Jeg fremhävede her, at man ofte, idet man på en nogenlunde böjelig thorax passerede Grånsen indenfra udad, ved Siden af en udtalt Overgang i Perkussionslyden havde en Fornemmelse, som om man »plumpede ud på Dybet». [1]) Jeg betonede end videre, at der selvfölgelig var Nuancer i den Skarphed, med hvilken Grånsen präsenterer sig, idet särlig hos Individer med meget elastisk thorax, med meget betydeligt Lungeemfysem og med stärkt udspilet Ventrikel, Springet fra dämpet til klart ikke var så betydeligt som ellers, om end også i så Tilfälde Grånsen präsenterede sig tilsträkkelig tydeligt (nemlig til en Afgrånsning), når blot man perkuterede let og elastisk; endelig indrömmede jeg Muligheden af, at man undtagelsesvis kunde träffe Tilfälde, hvor en Afgrånsning blev umulig på Grund af manglende Skarphed i Overgangen. I de siden da forlöbne År har jeg virkelig af og til truffet Individer, i Almindelighed äldre Personer, med stiv thorax og med stort Emfysem, hos hvilke enhver Form af Afgrånsning var mig umulig. Men hos det aldeles overvejende Flertal har ikke alene jeg selv, men talrige Kolleger med Bestemthed opfattet den tydelige Overgang, der som Regel findes. Dr. STRANDGAARD kan ikke forstå, hvorfor jeg, isär i Tilfälde med mindre skarp Overgang, anbefaler let og elastisk Perkussion. Grunden hertil er en dobbelt: Ved Afdämpningen modvirker jeg ganske vist Svingningerne af costæ udenfor

[1]) Dr. STRANDGAARD er aldrig bleven imponeret af en sådan Fornemmelse; med en beskeden Tvivl om hans palpatoriske Ävner skal jeg dog henvise til, at mange yngre og äldre Kolleger for mig have udtalt deres Samstemming her, bl. a. Prof. LAACHE ved den nys afholdte Kongres i Göteborg.



Perkussionsstedet; men ved meget elastisk thorax udfolder den »afdämpende» Virkning sig kun for et let Perkussionsslag, hvorimod en kraftigere Impuls trods Afdämpningen vilde tillade Irradiationen med den dertil knyttede Maskering af Gränsen at göre sig gäldende. Men dernäst har den lette og elastiske Perkussion også den Fordel, at den tillader en langt *finere* Opfattelse af Resistancen; for mig, for hvem Perkussionen også indeholder et palpatorisk Moment, er dette af stor Betydning.

Dr. STRANDGAARD har nu imidlertid ikke alene på Basis af sine direkte Undersögelser, men også ad *teoretisk* Vej sögt at begrunde, at der ikke *kan* väre en skarp Gränse for Hjärtematheden.

Skönt jeg nu på Forhånd må tage en Reservation mod den Slags »Forklaringsforsögs» bevisende Kraft, — vor teoretiske Viden om Perkussionsslagets Virkninger i en så kompliceret Organisme som den lukkede thorax er jo des värre endnu ret ufuldständig — skal jeg gärne her fölge Dr. STRANDGAARD. Jeg må da strax betone, at han, trods al anvendt Umage, ikke har väret heldig med sine deduktive Beviser. Dette fremgår med Evidens, når man med ham närmere gennemgår de lokale Forhold udfor Hjärtegränserne, således som de foreligge i et Frysesnit af BRAUNE. Dr. STRANDGAARD söger her at vise, at Lungelagets Tiltagen i Tykkelse langs Randene af cor er så jävn, at der ikke er Mulighed for skarpe Overgange; samtidig söger han også at begrunde, at der, ved thorax' hvälvede Overflade og ved cors runde Rande, er en hel Räkke Perpendikulärer, der fra thorax' Overflade med omtrent lige Ret knnne siges at ramme Hjärterandene. Tage vi nu et korrekt[1]) BRAUNEsk Gennemsnit (se Billedet *A*), ses det let, at de rigtige Gränser, d. e. de Perpendikulärer, der fra thorax' Overflade ramme *Enderne af Hjärtets Tväraxe*, må blive Linjerne *ab* og *cd*. Indenfor og udenfor disse Gränser er der dog et ret udtalt Spring i Lungelagets Tykkelse, og dette bliver især iöjnefaldende, når man betänker, at den som Plessimeter tjänende Finger ikke appliceres lineärt, men med hele sin Bredde. En *indenfor cd* anbragt Finger vil således spände over et Lungelag, der indefra udadtil tiltager fra godt 1 til knap 3 Cm., medens der *udenfor cd* väsentlig kun er Lungelag

[1]) Dr. STRANDGAARDs Gengivelse er ved et Uheld bleven mindre nöjagtig.

af hele Lungens Tykkelse; selv en Finger, der anbringes halvt indenfor, halvt udenfor Gränsen, vil dog i Sammenligning med den korrekt anbragte Finger have Lungelag af så forskellig Tykkelse under sig, at det ikke forekommer mig, at Dr. STRANDGAARDs Öje forgäves behövede at »spejde» efter det »Dyb», jeg har omtalt; i alt Fald bliver Dr. STRANDGAARD os fuldständig Beviset skyldig for, at Forskellen i Lungelagets Tykkelse indenfor og udenfor Gränsen ikke er tilsträkkelig til en distinkt Markering. Lignende Forhold, om end lidt mindre udprägede, göre sig gäldende ved venstre Gränse, *ab*; *indenfor* samme hviler Fingeren på et Lungelag, der tiltager fra $1\frac{1}{4}$ til $2\frac{3}{4}$ Cm., *udenfor* Gränsen voxer dets Tykkelse fra $2\frac{3}{4}$ til fuld Lunge. 3—4 Fingersbredder udenfor den korrekte Gränse er der ganske vist ved *kl* et *smalt* Overgangsbälte, hvor en Perpendikulär gennem 4 Cm. Lungelag når ret direkte ind på cor; men dette kan jo ikke genere Opfattelsen ved Gränsen. Men hertil kommer ydermere, at indenfor de rigtige Gränser sväkkes Perkussionsslagets Virkning, *idet Lungens Svingninger hämmes af det lufttomme Hjärte;* Impulsen träffer nemlig her mere eller mindre *lodret* på Hjärtets Forflade, medens den udenfor Gränsen aldeles ikke nåer cor til höjre og kun *strejfer* dets Rand *tangentialt* til venstre (se Tegningen). Dr. STRANDGAARD har i sin Bevisförelse aldeles ikke skänket dette, vist nok först af SKODA betonede Forhold nogen Omtale; han synes udelukkende at hälde til WEILs [1]) Anskuelse om, at det er den svingende Lungemasses Större1se, der bestemmer Dämpningens Grad.

WEIL stöttede, som bekendt, denne Antagelse på et Forsög på en udtagen Lunge, som han dels perkuterede isoleret, dels på underskudt Lever; denne sidste bevirkede nu aldeles ingen Forandring i Perkussionslydens Tonehöjde, men fremkaldte endog en *foröget Styrke* af Lyden[2]), formentlig ved foröget Reflexion af Lydbölgerne.

Da nu den Dämpning, som opstår ved Perkussion på den *lukkede* thorax udfor lufttomme Organers Gränser,[3]) ikke alene karakteriseres ved en större Tonehöjde, men også ved en udtalt

---

[1]) Handl. u. Atl. d. topographischen Percuss., 2 Aufl. Leipzig 1880, S. 48.

[2]) Denne blev »lauter».

[3]) Disse lufttomme Organers Relation til de *aspirerende* Lunger i den lukkede thorax er så iöjnefaldende forskellig fra WEILs Forsögsbetingelser, at en direkte Overförelse af hans Resultater aldeles ikke er tilstedelig.

Formindskelse af Lydstyrken, så ses det let, at WEILS »Bevis» just ikke er afgörende.

Den gamle Teori om de lufttomme Organers direkte hämmende Indflydelse på Perkussionsslagets Virkninger har sikkert sin Gyldighed ved Siden af »Amplituden».[1]) Også for den *palpatoriske* Side af Perkussionen kunne de her berörte Forhold ikke lades ude af Betragtning. Men både for Lydstyrkens og for Modstandsfornemmelsens Vedkommende har den *Retning*, i hvilken Hjärtet rammes af Svingningerne i den perkuterede Lunge,[2]) stor Betydning. Jo mere lodret Hjärtets Forflade frembyder sig for Svingningerne, desto mere svåkkes de; jo mere tangentialt den strejfes, desto mindre. *Udenfor* den korrekte Gränse på BRAUNES Snit kan der i det höjeste blive Tale om sådanne tangentielle Randstrejfninger, medens cor *indenfor* Gränsen på en ganske anderledes massiv Måde hindrer Svingningerne, isär til höjre (se Billedet).

BRAUNES Snit forekommer mig således at byde forträffelige teoretiske Betingelser for en skarp Overgang; men det giver i övrigt ingenlunde Udtryk for det teoretisk set gunstigste Forhold hos normale Individer. Imod Dr. STRANDGAARDS Påstand må jeg nemlig bestemt hävde, at det normale *höjre atriums Rand som Regel på långt när ikke er så rund* som Billedet lader formode; BRAUNES Snit hidrörer nemlig fra et Individ, der havde hängt sig, og hvis atrium dextr. som Fölge deraf var abnormt udspilet; på talrige Lig har jeg overtydet mig om, at Randen som Regel er langt skarpere, ofte kun en Brökdel af 1 Cm.; og da Brystväggen udfor höjre Hjärterand ikke själdent, isär når denne ligger närmere linea media, er endog endnu mere plan end på Snittet, få vi under disse Forhold et yderligere Plus for den teoretisk skarpe Afgränsning. På den anden Side må jeg ganske vist indrömme, at Forholdene også kunne väre uheldigere end på BRAUNES Billede for en Afgränsning; thorax' Overflade kan ved höjre Hjärtegränse, isär når Atriets Rand ved Dilatation er rykket udad, väre så stärkt krummet, at Forholdet her ikke bliver gunstigere end ved venstre Hjärterand; ja ved abnormt krummet thorax, således som

[1]) PETERSSON har i övrigt eftergjort WEILS Forsög med fra denne ganske afvigende Resultat. Upsala läkareförenings förhandl., bd 25, 1890, s. 129.

[2]) Disse forplante sig, som bekendt, *aldeles overvejende* perpendikulärt i Dybden, hvad WINTRICH först har påvist (se Virchows Handb. d. Pathologie u. Therapie, V B. Erlangen 1854, S. 20).

den f. Ex. forekommer hos Kyfotikere, kan Afgränsningen, särlig når Hjärtet tillige er forstörret, undertiden synes teoretisk umulig, idet Perpendikulärer fra Overfladen ikke kunne bringes til at ramme Hjärtets Tväraxe nöjagtigt; dette Forhold er dog sikkert kun en Undtagelse, isär ved höjre Gränse. Det turde også, trods Dr. STRANDGAARDs modsatte Angivelse, väre en Själdenhed, at Hjärterandene, d. e. Hjärtetväraxernes distale Punkter, danne Krumningscentrer for Brystoverfladen; ved Omtalen af Dr. STRANDGAARDs Markeringsmetode kommer jeg närmere ind på dette Punkt.

Vore hidtidige fysikalske og anatomiske Kundskaber tale således ingenlunde mod Muligheden af en skarp Afgränsning af hele Hjärtets Forflade; men at vore teoretiske Beviser dog ikke ere udtömmende, viser sig bedst ved, at venstre Hjärtegränse ofte faktisk präsenterer sig endnu skarpere, i alt Fald i sin nederste Halvdel, end höjre, skönt de teoretiske Overvejelser skulde synes at tale for det modsatte. Dr. STRANDGAARD påstår rigtig nok, at höjre Gränse altid er skarpere end venstre; men han er her i afgjort Modsätning til min Erfaring og f. Ex. også til EWALDs.

Inden jeg forlader det teoretiske Afsnit af Dr. STRANDGAARDs Afhandling, må jeg her endnu opholde mig ved den fejlagtige Brug, han gör af »absolut dämpet» og »absolut klar» Lyd; sådanne 2 Begreber findes ikke i Virkeligheden. Den »absolut dämpede» Lyd er ikke »en Lyd, hvis Lydstyrke er = Nul» (! se hans Afhandling S. 20); den Lyd, der opstår ved Perkussion på Lever, Lår o. s. v., har altid en vis, om end ringe Styrke; ellers var den ingen Lyd; dens forskellige Intensitet kan bedst opfattes ved f. Ex. at sammenligne »absolut» Hjärtemathed med »absolut» Levermathed; den sidste er som bekendt udtalt mere »absolut» end den förste, selv om Overgangen mellem dem er så jävn, at Forskellen ikke — som PIORRY vilde — kan benyttes til Differentiering af de 2 Organers Beröringslinjer. Lige så lidt gives der nogen »absolut klar» Lyd. Ikke alene vilde man hos én kalde en Lungelyd for klar, der hos en anden måtte betegnes som dämpet; men også hos samme Individ giver Perkussionen udfor Partier med »fuld» Lunge en Lyd af ret vexlende Intensitet og Tonehöjde, afhängig af Thoraxväggens vexlende Krumning, Tykkelse og Elasticitet. Når Dr. STRANDGAARD derfor til Stötte for sin teoretiske Påvisning af Umuligheden af at få skarp Gränse ved

venstre Hjärterand henviser til det factum, at Lyden ved venstre forreste Axillärlinje som Regel bliver lidt dämpet, så hidrörer dette ganske sikkert *väsentlig* fra Brystväggen og kun i ringe Grad fra cor, hvad der bedst viser sig ved, at det samme Forhold gör sig gäldende *til höjre*, hvor vel selv Dr. STRANDGAARD ikke vil mistänke Hjärtet som den skyldige.

Vi skulle nu se, at Grunden, hvorfor Dr. STRANDGAARD fandt de usikre Gränser, i Virkeligheden er den, at han ved sin for »fine» Perkussion fandt *for store* Gränser. Dette bliver i höj Grad sandsynligt, når man sammenligner hans Tal for Hjärtedämpningens Bredde med andre Undersögeres.

	Hele Dämpningens Bredde ved 4de costa.	H. Gränses Afvigelse fra linea media.	V. Gränses Afvigelse fra linea media.	Anmärkning.
ISRAEL-ROSENTHAL; hos levende. Afdämpet Perkussion.	12 (9—15)	3,2	8,8	Mit oprindelige Tal var 11,5. Tallene her skyldes kompletterende Undersögelser.
JOSEPH MEYER; på Lig. Interkostal Perkussion	12,2 (10,5—15,4)	?	?	Bredden så vel af cor, der målte 9—12,2, som af Dämpningen toges langs h. Ventrikels nederste Rand.
EWALD: på levende. Interkostal Perkussion	?	3 à 4 ved ikke excessiv bred thorax	?	Charité-Annalen 1875, II. Berlin 1877.
LAACHE; på levende. Interkostal Perkussion	12,3 (10—16,75) (12,6 i 4de Ikr.)	4,1 (3,8 i 4de Ikr.)	8,2 (8,8 i 4de Ikr.)	Tallene ere Middeltal af 3dje og 4de Interkostalrum og af de 2 Kön. Festskrift for HJALMAR HEJBERG. Kristiania 1895, S. 70—71.
ISRAEL-ROSENTHAL; på Lig. Afdämpet Perkussion.	12,6 (10,5—14,5) Spinkle 10,5—12, Brede 13—14,5	3,5	9,1	
PETERSSON; på Lig. Interkostal Perkussion	12,86 (9,75—16)	3,07 (3,41 ved 4de costa)	9,8	Tallene *fra 4de Interkostalrum.* Middeltal fra 3dje og 4de Interkostalrum kunde ikke tages, da Angivelser for 3dje venstre Interkostalrum mangle.
PETERSSON; på levende. Interkostal Perkussion	13,3 (I 4de Interkostalrum 13,6 [10—17])	4,3 (I 4de Ikr. 3,6)	9 (I 4de Ikr. 10)	Tallene Middeltal fra 3dje og 4de Interkostalrum og fra de 2 Kön.
EPSTEIN: Palpation.	13,8 hos *kraftig Mand*	?	?	Hjärteresistancens maxim. Bredde. Berlin. klinische Wochenschrift 1876, 35.
SCHOTT: Interkostal og afdämpet Perkussion.	13 à 15	5 à 5,5	8 à 9,5	Centralbl. für d. medic. Wissenschaften 1881, 23—26.
STRANDGAARD; på Lig. Interkostal Perkussion	14,75 (13—18)	4,75	10	
STRANDGAARD; på Lig. Afdämpet Perkussion.	15,2 (13—18,5)	4,8	10,4	

Nogen absolut Kongruens er der jo ikke mellem disse Tal, og en sådan kunde jo heller ikke våntes, idet — helt bortset fra det subjektive i Opfattelsen, der, som berört, *til en vis Grad* altid må klābe ved en Undersögelsesmetode som Perkussionen, — tilfāldige Forhold, som f. Ex. en forskellig Bygning, forskellig Vurdering af »normale» Tilfālde, forskellig Applikation af Fingeren[1]) o. l., især ved det begrānsede Tal på undersögte Individer, nödvendigvis må komme til at spille en Rolle. Men vi se dog, at for JOSEPH MEYER, LAACHE, PETERSSON (på Lig), mig selv er *Gennemsnitsvariationen* dog kun 1 lille Centimeter, d. e. en god $\frac{1}{2}$ Fingersbred for *hele* Dāmpningsbredden (12—12,86). EPSTEINS Tal for en *kraftig* ung Mand, 13,8, passer også godt i denne Rākke; endelig er EWALDS Afvigelse for höjre Grānse, 3 à 4 Cm., i god Harmoni med denne Gruppes Tal (3,2—4,1). For levende har jo PETERSSON et omtr. $\frac{3}{4}$ Cm. höjere Tal end på Lig, og denne Forögelse skyldes mārkelig nok den forögede Afstand af höjre Grānse, medens jeg selv omvendt har universelt lidt mindre Grānser på levende end på döde, en Forskel, som sikkert kun er tilfāldig.

Nāst i Rākken kommer SCHOTT med Gennemsnitstal på 13 til 15, endelig, som Toppen på Kransekagen, Dr. STRANDGAARD med et Tal lidt under 15 for interkostal, lidt over 15 for afdāmpet Mathed. Når man regner Tallet 12—13 som det hyppigst fundne Gennemsnitstal, så er Dr. STRANDGAARD 2 til $2\frac{3}{4}$ Cm. höjere oppe. En så stor Gennemsnitsdifferens kan nāppe forklares alene af de ovenfor omtalte mere tilfāldige Grunde; den må bero på, at Dr. STRANDGAARD konstant markerer sin Grānse længere ude end de fleste andre, på et Område, hvor Dāmpningen er så svag, at disse sidste have ignoreret den. Kun 1 Undersöger, Dr. SCHOTT, nārmer sig for Totalbreddens Vedkommende Dr. STRANDGAARD, ja hans Tal for höjre Grānse er endog lidt större end dennes (medens hans venstre Grānse, 8 à 9,5, passer forträffeligt med de andres). Men disse 2 Forfattere ere også de eneste, der (ved Afdāmpning) have fundet tydelig Dāmpning på manubrium og langs dettes Rand, et Vidnesbyrd om, at de lägge Vägten på Dāmpningsgrader, som andre ikke ānse.

[1]) Ved Perkussion *udefra indadtil*, hvor Markeringen sker på den *udvendige* Rand af Fingeren, når denne rykker ind på dämpet, får man let et lidt for stort Tal, idet man sätter Grānsen på et Sted, hvor Fingeren dels har fuld Lunge, dels af Lunge overdākket Hjärte under sig; omvendt, når man perkuterer udad, fra det dāmpede ud på det klare.

Dr. STRANDGAARD vil måske her bemärke, at hans egne Tal for Gennemsnitsbredden ikke vare så store, som jeg har anfört, idet han som Middeltal for Dämpningsbredden ved Perkussion med Afdämpning anförer Tallet 14 (4+10); dette Resultat kommer han dog kun til ved at eliminere et af sine normale Tilfälde, under Henvisning til Ligets »meget rigelige Fedtlag» (Tilfälde Nr 57)[1]; men i Betragtning af, at Liget (en Kvinde) dog kun vejede 55000 Gm, — ganske vist med en Höjde på kun 145 Cm. — föler man sig alt andet end overbevist om denne Eliminations Berettigelse; jeg har ganske anderledes fede og kraftige mellem mine normale. Jeg vilde i hans Sted langt snarere have fölt mig fristet til at udskyde et andet af Tilfäldene, Nr 33; her stammede Liget virkelig fra et exceptionelt lille, spinkelt og magert Individ, der med en Längde på kun 135 Cm. kun vejede 20500 Gm, medens cors anatomiske Bredde var 8,5 Cm.; elimineres dette nästen dvärgagtige Individ, der viste en Dämpningsbredde på 13 Cm., bliver Dr. STRANDGAARDS Gennemsnitstal endog 15,5.

Ved det ringe Antal normalt store Hjärter, på hvilke Dr. STRANDGAARDS Tal ere baserede, kunde man måske tro, at et tilfäldigt bredt, stort og fedt Materiale havde influeret på hans Gennemsnitstals höje Störrelse. En närmere Gennemgåen af Tilfäldene bekräfter dog ikke denne Formodning; det omvendte er tvärtimod Tilfäldet: De 7 Ligs Gennemsnitsvägt var således 38570, svingende mellem 20500 og 55000, medens VIERORDT[2]) angiver den gennemsnitlige Vägt for Mänd til 65000, for Kvinder til 52000 à 56000. Höjden svingede mellem 135 og 162; VIERORDT[2]) har 160 som Middeltal for Kvinder, 165 à 170 for Mänd. Brystbredden, der kun findes noteret for 4, viste for Kvinderne Tallene 21, 23,5 og 29 Cm., for den ene Mand 28,5 Cm.; 2 vare altså spinkelt, 2 kraftigt byggede. Endelig vare kun 2 af de 7 Mänd, de 5 Kvinder; men alle Undersögere finde de störste Mål hos Mänd. *Alt taler således for, at Dr. Strandgaards Tal snarest vare Minimumstal.*

Men hertil kommer end ydermere, at Dr. STRANDGAARDS *anatomiske* Diagnose af Hjärteforstörrelse er altfor rummelig. Forstörrelsen af Hjärtet beror jo dels på Hypertrofi, dels på Dilatation. Hvad Hypertrofien angår, så er det klart, at den,

---

[1]) Se mit Bill. c.

[2]) Anatomische, physiologische und physikalische Daten und Tabellen. Jena 1893. 2 Auflage.

når den ikke er betydelig, ikke i nävneværdig Grad kan forøge cors Dimensioner. Hypertrofien af höjre Hjärte bevåger sig nästen altid indenfor så små Tal, at dette er indlysende. Men også for venstre Ventrikels Vedkommende vil f. Ex. en Hypertrofi på ½—1 Cm., der dog må kaldes ganske antagelig, ikke bevirke en Forögelse af Hjärtets Volumen udover det normale Spillerum, särligt ikke for Hjärtets *Forflades* Vedkommende; set forfra vil nemlig Fortykkelsen af venstre Ventrikelväg ved denne Hjärtedels Lejring skråt bagtil kun präsentere sig i udtalt perspektivisk Forkortning; det er jo Hjärtets *Forflade*, som vi bestemme ved Perkussionen. En så övet Undersöger som FRÄNTZEL[1]) erklärer det da også for aldeles umuligt at erkende ikke excessive Hypertrofier ved (almindelig) Perkussion, en Anskuelse, BIERNACKI[2]) for nylig har tiltrådt. Det er aldeles overvejende *Dilatationen* af Hjärtet, der betinger dets forögede Volumen; men den anatomiske Diagnose af isär lettere, abnorme Hjärteudvidelser er, som det indrömmes fra alle Sider, også af Dr. STRANDGAARD, en särlig delikat Ting; ROSENBACH kalder den[3]) »Sache des subjectivsten Urtheils»; heraf fölger, at man, isär når man ikke sidder inde med en stor Övelse, må väre meget varsom i sin Diagnose af Dilatationer, når de ikke ere så betydelige, at de ere utvivlsomme. Er Dilatationen kun *moderat*, så må vi rekurrere til Målene af Organet, specielt også til *Ostiernes*[4]) Omfang. Det er naturligvis vanskeligt, for ikke at sige umuligt, at opstille sikre Gränsetal her, anvendelige i det enkelte Tilfälde. Individuelle Fluktuationer, til Dels afhängige af Individernes forskellige Störrelse og Bygning, end videre vexlende Kontraktionstilstand af de forskellige Hjärteafsnit give et ret betydeligt Spillerum for Normen. Men skal vor Dilatationsdiagnose ikke sväve helt i Luften, så forekommer det mig nödvendigt kun at anse en moderat Dilatation for patologisk, *når Målene i det mindste overskride de normale Gennemsnitstal.* Herved

[1]) Die idiopathischen Herzvergrösserungen. Berlin 1889, S. 19.

[2]) VOLKMANNS Samml. N. F. 154/155 (1896), S. 631.

[3]) I EULENBURGS Encyklopädie.

[4]) ROSENBACH lägger isär Vägt på de arterielle Ostiers lumen; men i Betragtning af, at Hjärtets Dilatation som Regel sker retrogradt — fra Ventrikel, gennem atrium og ud til Venerne — forekommer det mig dog, at en Forögelse af de *venöse* Ostiers Mål er nok så bevisende, specielt også for en Dilatation af Ventriklerne. Den arterielle Åbning er jo så at sige den förste »Dilatations-Etappe» i Ventriklen, medens det venöse Ostiums Udvidelse viser, at denne er nået helt igennem dette Afsnit og *i det mindste* til Atriets Begyndelse.

löbe vi muligvis undtagelsesvis den Risiko at overse abnorme Tilfälde, men sikkert kun sådanne, der stå på Gränsen af Normen. Tilfredsstiller nu Dr. STRANDGAARD den ovenfor nävnte Fordring i sin anatomiske Dilatationsdiagnose? Nej langtfra.

VIERORDT angiver i sin bekendte Bog som *normale Middeltal* for Hjärtets Bredde, svarende til Atrioventrikulärfuren, 9,5 Cm. i kontraheret, 10,8 i moderat og ensformet udvidet Tilstand. For Orificierne ere hans Tal fölgende: Mitralen måler hos Mänd 10,9, hos Kvinder 10,4, Trikuspidalen 12,7 hos Mänd, 12 hos Kvinder; ostium pulmonale henholdsvis 9,2 og 8,9, ostium aortæ 8 og 7,7. Medregner jeg nu blandt Dr. STRANDGAARDs Tilfälde de Hjärter til normale i Störrelse, hvor Diagnosen ikke löd på stärk Dilatation, medens Hjärtets Bredde ikke overskred 11 Cm., Orificiernes Mål ikke de ovenfor citerede Tal, venstre Ventrikelväg höjst var 15 Mm., höjres höjst 6, så får jeg foruden de få, han selv betegner som normale, en hel Räkke til af samme Kategori. [1]) Hvis man anvender disse Tilfälde ved Siden af Dr. STRANDGAARDs egne til Bestemmelsen af den normale Dämpningsbredde, så vil hans Middeltal for denne voxe end yderligere; hans Gennemsnitstal for den *interkostale* normale Dämpningsbredde vil blive 15,5, svingende mellem 13,5 og 19,5, for den afdämpede endnu större.

De af Dr. STRANDGAARD anförte normale Tal må således af mange forskellige Grunde opfattes som *Minimumstal.*

Jeg skal her endnu göre opmärksom på, at Dr. STRANDGAARD viser en höjst iöjnefaldende *Tendens til at forögc sine Gränsers Störrelse*, d. e. til at perkutere stadigt »finere», alt

---

[1]) Tilfälde 5, 9, *11*, 16, 28, *29*, 46, *47*, 54, *58*, 63, 66, *69*, 78; de fremhävede Numre angå Tilfälde, hvor Dr. STR.'s Diagnose löd på »dilatatio levis», i de andre var Diagnosen kun »Dilatation». Tilfälde *23*, *27*, *51*, *65* og *77*, der af Dr. STR. dels betegnes som let dilaterede, dels som hypertrofiske, höre sammesteds hen, men ere muligvis ikke medtagne af ham mellem normalt store Hjärter, fordi de vare dislocerede, i Almindelighed opad; jeg har ikke her medtaget dem i Beregningen af Dämpningens Bredde. — Ret oplysende for den Hyppighed, med hvilken Dr. STR. diagnosticerer Hjärteforstörrelse anatomisk, er en Sammenligning mellem hans Materiale og Sektionerne på Kommunehospitalets 2den Afdeling for et tilfäldigt valgt År, 1894. Medens Kommunehosp.'s övede Prosektor *mindst* 42 Gange af 122 (hos godt 33 %) finder normalt store Hjärter hos voxne, så har Dr. STR. *maximalt* kun 7 Gange hos 63 denne Diagnose, altså hos godt 11 %. (Tallet 63 får jeg ved af Dr. STR.'s Materiale at eliminere 6 kirurgiske Tilfälde; Kommunehosp.'s Materiale var rent medicinsk.) Jeg har i övrigt overtydet mig om, at Ligenes Forskel i Alder ikke har influeret på Resultatet; Dr. STR.'s Materiale täller nemlig vel en Del flere over 70 År end Kommunehospitalets; men disse sidste viste her ingenlunde forögct Tendens til Hjärteforstörrelse i Sammenligning med de andre Aldersklasser.

som hans Arbejde skrider frem. Blandt hans 38 förste voxne Individer (indtil Nr 50), hos hvilke Hjärtets anatomiske Tvärmål i Horisontalfuren er angivet, er dette *gennemsnitlig godt* 11,3 Cm.; hertil svarer en gennemsnitlig Afdämpningsbredde på 16,6 Cm. Blandt hans 27 sidste voxne (51—78) er Hjärtets Tvärmål *knap* 11,3, medens den gennemsnitlige Bredde af Dämpningen her er 19 Cm.; Dämpningen voxer altså, skönt Hjärtet knap er så stort i de sidste Tilfälde, med gennemsnitlig 2,4 Cm. Det er, ligesom om Dr. STRANDGAARD havde fået »Blod på Tanden«, alt som Arbejdet skred frem.

Et Vidnesbyrd om Dr. STRANDGAARDS ualmindelig store Gränser er også den Hyppighed, med hvilken han finder Hjärtedämpninger på 20 Cm. og derover. Medens for mig en Dämpningsbredde af disse Dimensioner overhovedet hörer til de ret själdne, har Dr. STRANDGAARD denne Bredde hos ikke färre end godt ⅕ af Ligene [14 Gange[1]) hos 68 voxne]; og ejendommeligt er det også her, hvordan disse store Mål tage Fart, efter at de förste 50 Tilfälde ere tilbagelagte, uden tilsvarende Gennemsnitsforögelse af cors Breddemål; det findes kun 2 Gange af 40 (i 5 %) hos de först undersögte mod 12 af 27 (i 44 %) hos de sidste.

Det kan herefter näppe betvivles, at Dr. STRANDGAARDS store Mål og usikre Gränser skyldes hans altfor »fine« Perkussion.

Men, vil man spörge, hvordan går det til, at så vel Dr. STRANDGAARDS som mine Gränser, der dog öjensynlig afvige ret betydeligt i Störrelse, afgav korrekte Markeringspunkter for de indstukne Nåle. Denne Omständighed kan sikkert ikke alene forklares ved en Henvisning til Nålenes Konvergens i Dybden, således som Dr. STRANDGAARD i övrigt med delvis Ret har hävdet. Selv om denne Konvergens, isär for venstre Gränse, kan maskere *nogen* Uoverensstemmelse, så spiller den sikkert ikke her den afgörende Rolle, hvad der jo også vilde forudsätte, at Hjärteranden dannede centrum for thorax' Krumning på et längere Stykke.

Uden at turde benägte, at Hjärtets Rande ganske undtagelsesvis, isär ved deform thorax, kunde »ligge på Lur« efter en Mängde af de lodrette Nåle, man fra Overfladen indstak i forskellige Afstande, så tror jeg dog, at man gennemgående,

---

[1]) Tilf. 3, 38, 51 53, 54, 59, 61, 62, 64, 66, 67, 68, 73, 75.

og især for höjre Grænses Vedkommende, kan se bort herfra, hvorom mere siden. Nej, Gådens Lösning må söges et andet Sted, nemlig *i Dr. Strandgaards og min divergerende Opfattelse af Begrebet »Hjärterand»*. Medens jeg nemlig må give Dr. STRANDGAARD Ret i, at man, især for venstre Sides Vedkommende, kun uegentlig kan tale om en »Hjärterand», men snarere om en konvex Sideflade af Hjärtet, så må jeg på den anden Side hævde, at det er *det mest distale* Punkt af denne Flade, som Nålen må ramme tangentialt, for at Markeringen kan siges at være vellykket. Men hvordan forholder det sig her med Dr. STRANDGAARDS Markering? ja for ham passe alle Nåle, når blot de ramme cors Overflade, selv om det er helt hen imod Bagfladen; dette godtgör han absolut uimodsigeligt, hvor han i Nord. med. Ark. 1896, Nr 8, S. 9 omtaler Perpendikulärerne for sit Billede 9, der jo er en Gengivelse af BRAUNES Snit. Venstre »Hjärterand» repræsenteres her (se mit Bill. *A*) ved *e*, Tväraxens distale Punkt, og kun 1 Nål, svarende til Perpendikulären *ab*, markerer her korrekt. For denne korrekte Grænse, der i övrigt ved sin Beliggenhed lige indenfor Papillen godt passer med den af det store Flertal Undersögere fundne normale Hjärtegrænse, har Dr. STRANDGAARD dog aldeles ikke Öje, men erklærer, at Linje *x* passer fortræffeligt, skönt den på hans Billede passerer omtr. 3 Cm. (på mit 4) udenfor den korrekt opfattede Rand og först nåer cor ved Bagfladen; ja endog for endnu mere perifert beliggende Perpendikulærer, der ramme cor omtrent i samme Punkt, angiver han, at de tilfredsstille Nöjagtighedens Fordringer. Heller ikke ved höjre Grænse er der på BRAUNES Snit en hel Del Punkter, hvor Perpendikulærer fra Overfladen ramme Hjärte-Tväraxens distale Punkt; kun 1 Nål *cd* er her den korrekte; de mere perifert beliggende Perpendikulærer nå, blot en Fingersbred længere ude på thorax, endog aldeles ikke cor.[1]) Lader man sig nöje med Dr. STRANDGAARDS »Hjärterand», så forstår man, at hans Nåle så overraskende ofte trods de store Dimensioner ere gåede endog indenfor ½ Cm. fra cor, og så ophörer også Forbavselsen over, at han, svarende til en Hjärtedämpning med en Bredde på 20,5 Cm., finder en tilsvarende Dimension på Hjärtet på

---

[1]) Dr. STRANDGAARD har på sit Bill. 10 ladet den omtr. 1 Fingersbred udenfor den korrekte Grænse indfældede Perpendikulär nå Perikardiets Udside; ved et Uheld har han her väret unöjagtig; fäldes Perpendikulären korrekt, så rammer den 1 Cm. udenfor Perikardiet.

11 Cm. (se hans Tavle C, Bill. 2, der er gengivet i ½ Målestok), medens de i Dämpningsgränsen indstukne 11 Nåle alle sad lige i Perikardiet eller tangerede dettes Udside; Nålene have sikkert her omkredset cor, der ikke var abnormt bredt, i ret betydelig Afstand, eller også må Thoraxväggen have våret ganske deform, hvad der dog ikke er noteret. Skulde imidlertid undtagelsesvis flere af Overfladens Perpendikulärer virkelig tangere Hjärteranden, så blive de dog derfor ikke alle lige korrekte; *det er altid den mindste, Midtlinjen närmest liggende Gränse, man i så Tilfälde må foreträkke.* Ikke alene giver denne det mindst fejlagtige Begreb om den anatomiske Gränses Beliggenhed, men den er også fysikalsk set den korrekteste. 'Når vi f. Ex. på BRAUNES Snit (se Bill. *A*) forudsätte, at Linjerne *ab* og *yz* ramme venstre Hjärterand, så ses det let, at der först ved *ab* bliver et udtalt Spring, d. e. en Gränse, i de fysikalske Betingelser; Springet betinges, som ovenfor berört, dels af en pludseligere Aftagen i Lungens Tykkelse, dels og isär beror det på, at cor först indenfor *ab* udfolder en direkte hämmende Indflydelse på Lungesvingningerne.

Men selv med *sin* Markeringsmetode har Dr. STRANDGAARD särdeles hyppigt fundet *for store Hjärtegränser*, isär til höjre. Hos ikke färre end 20 [1]) fandtes efter hans egen Angivelse de indstukne Nåle fra 1 til 3 Cm. *udenfor* Hjärtet, medens kun i 7 [2]) Gränsen var 1 Cm. eller mere for langt inde. For *höjre Gränse er han 16 Gange gået udenfor Hjärtet*, deraf de 5 Gange ganske vist alene med nederste höjre Nål, som han erklärer for särlig vanskelig, *medens han kun 2 Gange er gået indenfor;* til venstre var Målet 9 Gange for stort, 5 Gange for lille. Med Dr. STRANDGAARDS Fordringer til Markeringen vil dette sige, at han i de omhandlede, for store,[3]) Tilfälde aldeles ikke på noget Punkt har nået cor med sine Nåle, selv ikke ved bageste Rand. Det er i övrigt let forklarligt, at Dr. STRANDGAARD så langt oftere gik helt galt af Hjärtet ved höjre

---

[1]) Egentlig 21, men 1 (Nr 42) udskyder jeg, fordi den til Hjärtet gränsende Lunge var fortättet: de andre Tilfälde vare: 3, 7, 9, 11, 18, 20, 23, 28, 33, 40, 54, 60, 63, 66, 67, 69, 73, 74, 76, 77.

[2]) 8, 12, 19, 24, 26, 30, 49; en 8de (Nr 47) er udskudt, fordi det omgivende Lungeväv var gangränöst.

[3]) For store Mål maskere i övrigt langt mere en begået Fejl end for små, isär til höjre. En Markernål, der rammer 1 Cm. udenfor höjre atriums Rand, er ved Brystkassens udadtil tiltagende Krumning langt oftere Udtryk for en större Fejl på Overfladen, end en Nål, der rammer 1 Cm. indenfor (se mit Bill. *A*, Linjerne *id* og *gh*). Fejlen er langt »ärligere» ved for lille Gränse.

end ved venstre Rand; höjre Hjärterand er som Regel langt skarpere end venstre og findes jävnlig udfor et plant eller nästen plant Parti af thorax. Venstre Hjärterand er altid rund og ligger som Regel udfor et konvex Parti af Brystkassen, i sin nederste Halvdel; en for langt ude indstukken Nål vil derfor have langt större Chance for dog at ramme cor til venstre end til höjre (se BRAUNES Snit Bill. *a* med de indfäldede Perpendikulärer til höjre og til venstre).

At Dr. STRANDGAARD i övrigt ikke er särdeles fordringsfuld til sine Markernåles Nöjagtighed, kan jeg godtgöre med nogle Exempler, som jeg, selvfölgelig med hans Tilladelse, har taget fra hans oprindelige Afhandling, som han i sin Tid var så elskvärdig at låne mig til Gennemsyn. I denne Afhandling er hvert Aftryk af Hjärtedämpningen ledsaget af et Kyrtometerafrids af den tilsvarende thorax, taget i Papillens Höjde; denne Kombination tillader jävnlig en Kontrol med Forfatterens Angivelser, der kunne eftergås med Centimetermålet på Billederne; af Pladshensyn har han des värre måttet udelade disse Afrids i Udtoget.

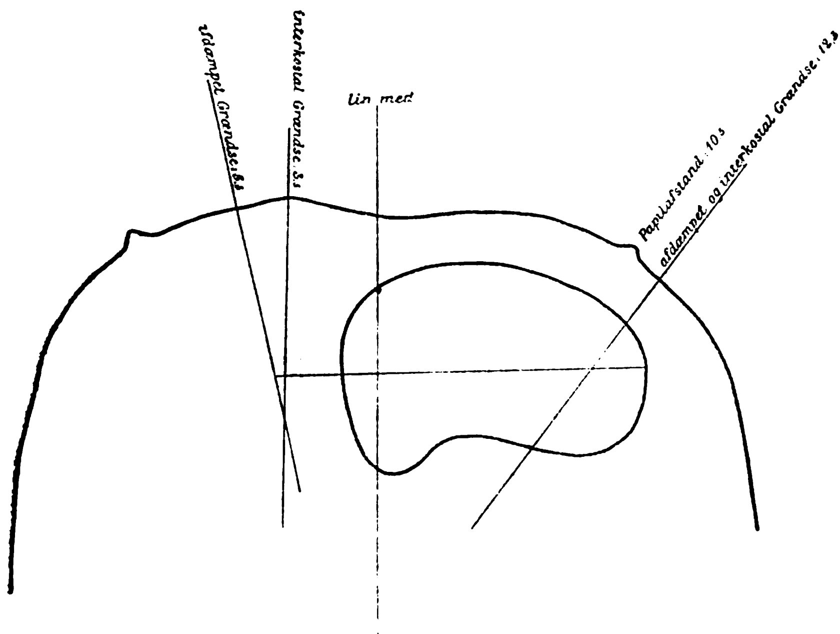
I Tilfälde Nr 40, hvor Forfatteren har givet os et Frysesnit gennem Liget i Papillärtransversalens Höjde, faldt höjre interkostale Gränse 3,5 Cm. fra linea media[1]) og angaves at »passe»; i Virkeligheden faldt den 1¾ Cm. udenfor Hjärtet, medens venstre Gränse, der ligeledes, i 12 Cm:s Afstand fra linea media, angaves at väre korrekt, var 2,5 Cm. indenfor den rigtige Hjärterand (se Bill. *b*). Det må dog indrömmes, at ved venstre Hjärterands stärkt til venstre dislocerede Beliggenhed vilde en nöjagtig Markering overhovedet have väret umulig; den nöjagtigste Nål gennem Tväraxens venstre Ende afskärer et Stykke af cor. I Tilf. 57,[2]) hvor Hjärtet *in situ* udfor 4de costa var 10¼ Cm. bredt, fandtes höjre Gränse i en Afstand af 5,5 til 6 Cm. fra linea media henholdsvis for interkostal og afdämpet Perkussion, medens de tilsvarende venstresidige Tal vare henholdsvis 12 til 12,5 Cm.; de indstukne Nåle angaves at passe; men först i en Dybde af *over 11 Cm. fra Overfladen* nå de fra Overfladen konvergerende Nåle sammen til 10¼ Cm:s Afstand; så dybt skulde altså Hjärte-tväraxen have ligget; da der nu ikke var en deform

[1]) Linea media har jeg bestemt efter den af Dr. STRANDGAARD anförte Papilafstand. Billederne *b*, *c*, *d*, *e* og *f* ere gengivne i knap ¹/₃ af Originalerne, der ere i naturlig Störrelse; Kyrtometerafridsene ere »omvendte»; de indfäldede Perpendikulärer har jeg tilföjet.

[2]) Se Bill. *c*, S. 20.

thorax, intet Emfysem, og da Patienten dog, trods relativ Velnärethed, kun vejede 55000 Gm, er en så dyb Beliggenhed af Hjärtet ligefrem utänkelig. [Til Sammenligning skal anföres, at

Bill. b.



Dr. STRANDGAARD: *Fryse-Tvärsnit af thorax i Höjde med 4de costas Sternal-Ende hos 29-årig Mand.*

Höjre afdämpede Gränse angaves 1 Cm. for stor; de andre Gränser »passede«; denne »Pasning« er dog ret mangelfuld; cor i övrigt disloceret til venstre.

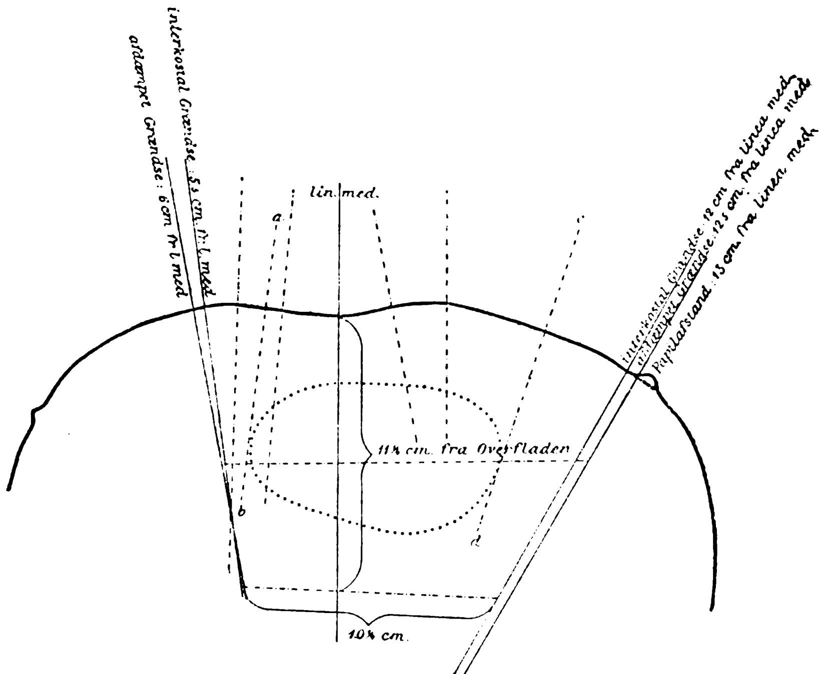
ved BRAUNES Normalsnit af en 59000 Gm svär Mand, der ganske vist var meget längere,[1]) var den pågäldende Afstand kun 5,5 Cm.] I Tavle 75, med fuldstândig deform thorax, have vi et ganske omvendt Forhold.[2]) Svarende til de anförte Dämpningsgränser, der til höjre henholdsvis for interkostal og afdämpet Perkussion var 9 og 10 Cm. fra linea media, til venstre for bägge 14, angives Hjärtets anatomiske Mål at have väret 13 Cm.; de indstukne Nåle »passede« efter Dr. STRANDGAARD. Men et 13 Cm. bredt Hjärte lader sig overhovedet ikke an-

[1]) 178 mod 145 Cm.

[2]) Se Bill. *d*, S. 21.

bringe mellem Nålene, undtagen i en umulig Stilling helt fortil; og så var her tilmed Emfysem, og Liget, der var af en 77-årig Mand på 160 Cm:s Långde, vejede dog altid 106 ℔. Afgräns-

Bill. c.



Dr. STRANDGAARDS *Tilfälde Nr. 57.*

Hjärtets anatomiske Skrådiameter, målt *i situ*, udfor 4de costa, 10¼ Cm. Men Markernålene, der angaves at »passe», nå först i en umulig Dybde, 11¼ Cm. fra Overfladen, sammen til det angivne Mål for cor. Der var intet Emfysem. I en rimelig Afstand, 6 Cm. fra Overfladen, er Hjärtets Tväraxe 14—15 Cm. mellem Dr. STRANDGAARDS Gränser. Et her konstrueret Hjärte på 10¼ Cm. giver langt mindre Perkussionsgränser end Dr. STRANDGAARDS (11,5 mod 18,5).

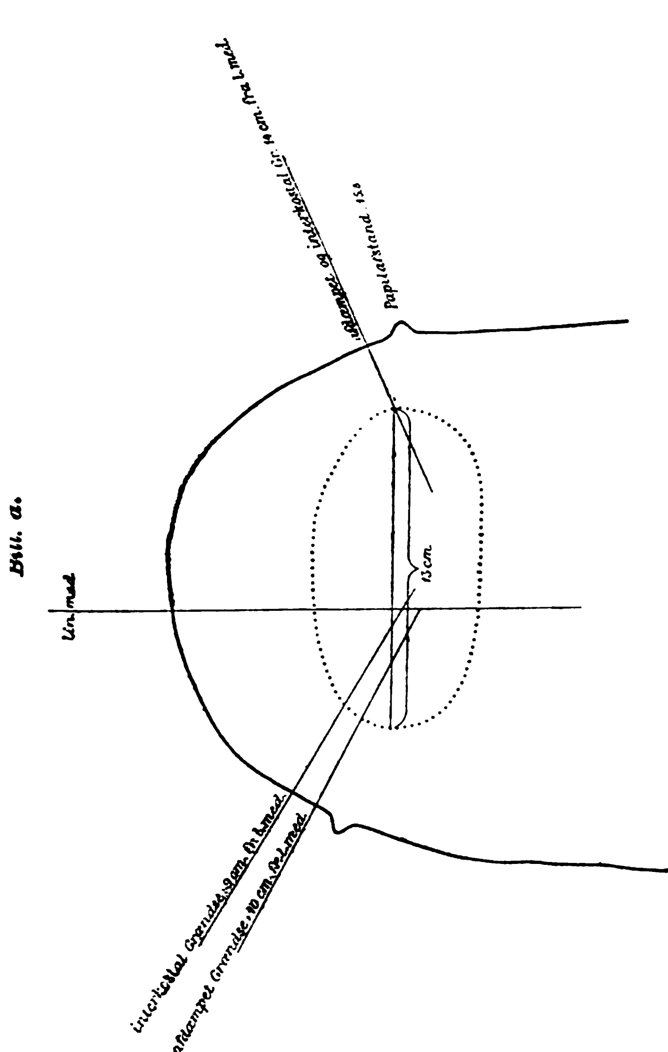
En Del Perpendikulärer ere nedfäldede for at vise henholdsvis Divergensen og Konvergensen i Dybden.

ningen af Hjärtedämpningen har sikkert i dette Tilfälde våret meget vanskelig; allerede thorax' betydelige Hvälving må i og for sig have betinget en udtalt Dämpning; og så var her Emfysem og thorax vistnok stiv.

I Tilfälde 49, hvor Hjärtets anatomiske Skråbredde ved 4de costa var 9 Cm., angives det, at *til höjre krydsedes* Nå-

lene fra den interkostale og afdämpede Gränse 1 Cm. indenfor Hjärteranden, medens der *til venstre* fandt en lignende *Krydsning* Sted af Nålene så vel fra den relative, som fra den interkostale og afdämpede Gränse. Gå vi ud fra, at Krydsningen til höjre var korrekt (se Bill. *e*, S. 22), så ses det let, at udfor v. Hjärterand kan der aldeles ikke väre Tale om nogen Krydsning; Afstanden mellem den »relative» og »afdämpede» Nål er

Bill. a.



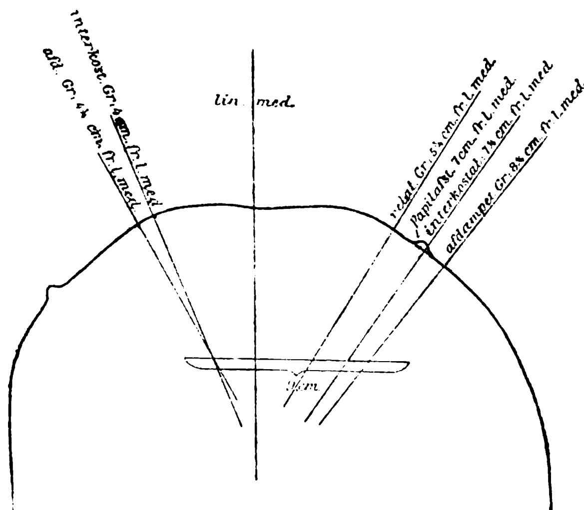
Dr. Strandgaards *Tilfälde Nr. 75.*

Hjärtets Bredde in situ 13 Cm. Så vel afdämpet som interkostal Gränse angaves at »passe», medens afdämpet og interkostal Nål krydsedes i höjre Hjärterand.

Da Liget stammede fra en ret velnäret Kvinde (106 ℔), og da der var Emfysem, har Hjärtets Tväraxe näppe ligget mere fortil end den afsatte Linje; men i alt Fald er det ikke muligt at anbringe et 13 Cm. bredt Hjärte således, at de i Gränserne indfäldede lodrette Linjer passe. »Krydsningen» i höjre Hjärterand stemmer heller ikke.

her endog 2½ Cm.; först langt bag cor, henimod thorax' Bagflade, träffe Nålene sammen. I Tilfälde 33 (se Bill. *f*) träffe vi atter en Angivelse om Krydsning af venstresidige Nåle udfor Hjärteranden ved 4de costa; denne Krydsning kan i Virkeligheden ikke have fundet Sted, når Nålene vare perpendikulärt indförte (se Bill. *f*). Disse Exempler, der med Lethed kunde

Bill. e.



Dr. STRANDGAARDS *Tilfälde Nr. 49.*

Hjärtets Bredde ved 4de costa in situ 9 Cm. Den interkostale og afdämpede Gränses Nåle krydsedes *til höjre* 1 Cm. indenfor Hjärtets Rand; *til venstre* traf så vel den relative som den interkostale og den afdämpede Gränses Markernåle sammen, ligeledes 1 Cm. indenfor Hjärtets Rand.

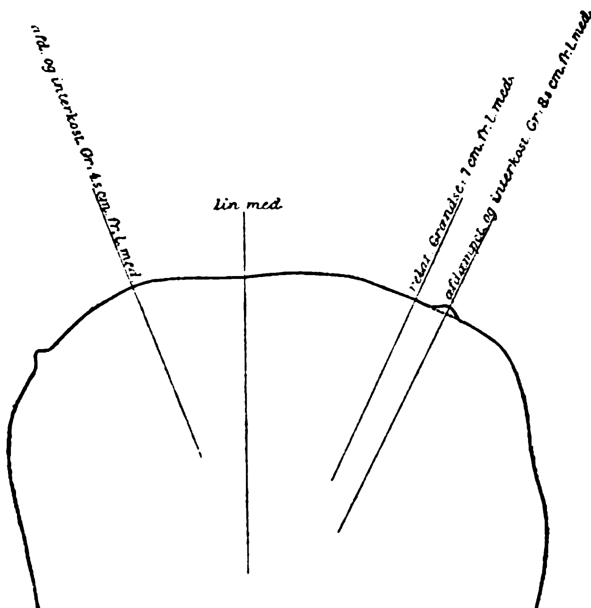
Som det sés, finder der til venstre aldeles ingen Krydsning af Nåle Sted; og gås der ud fra, at Nålekrydsningen *til höjre* faldt 1 Cm. indenfor Hjärtets Rand, så falder f. Ex. venstre relative Gränse ikke 1, men 4 Cm. indenfor cors Tväraxe.

suppleres, ere tilsträkkelige til at vise, at Dr. STRANDGAARDS Nåle jävnlig have forvildet sig i uberegnelige Retninger, alt andet end perpendikuläre på Overfladen. Også denne Omständighed må göre os varsomme med at fölge ham, når han fremstiller det som noget ret almindeligt, at »Hjärterandene» fange Brystoverfladens Perpendikulärer på större Sträkninger.

Dr. STRANDGAARD fandt i de allerfleste af sine Tilfälde *Gränsen ved afdämpet Perkussion längere ude end ved interkostal;* oftest var Forskellen omkring 1 Cm., den kunde väre mindre, men nåede også undertiden op til 1,5 à 2; Forskellen

var undertiden kun enkeltsidig, undertiden dobbeltsidig. Forklaringen for dette märkelige Fund söger Dr. STRANDGAARD meget sindrigt i, at Afstanden fra cors Overflade til Plessimetret er större, når man, som ved Afdämpningen, applicerer Fingeren *på* costæ, end när den appliceres *mellem* dem, som ved den interkostale; Dämpningen skulde derfor i förste Til-

Bill. f.



Dr. STRANDGAARDS *Tilfälde Nr. 33.*

Efter Angivelse Krydsning af den venstresidige afdämpede og relative Gränses Nåle i Hjärteranden ved 4de costa. Som det sés, er det ikke Tale om Krydsning.

fälde projiceres längere ud end i sidste. Dr. STRANDGAARD indrömmer dog, at helt forklare Fänomenet kan dette Forhold ikke; for nogle Tilfäldes Vedkommende söges Forklaringen i, at den interkostale Perkussion er foregået mere sagittalt, idet Interkostalrummets Hvälving udrettedes ved Tryk (!).

Hvad nu först selve Fänomenets Realitet angår, så må jeg, i Tilslutning til SCHOTT og LAACHE, bestemt benägte nogensinde at have iagttaget noget lignende; *jeg har altid fået identiske Gränser*, hvor Ribbenenes Afstand blot nogenledes sikkert tillod den interkostale Perkussion.

Men også Dr. STRANDGAARDS Forklaring af sit Fund holder ikke Stik for en närmere Pröve. For det förste kunde den forögede Aberration ved Afdämpningen *i det höjeste* nå op til få Millimeter, og det tilmed kun på stärkt udad skrånende Overflade og ved meget brede og dybe Interkostalrum; som Regel måtte det dreje sig om rene Bagateller, som ikke vare til at konstatere; men dernäst, var Dr. STRANDGAARDS Supposition rigtig, så måtte Forskellen väre särlig fremträdende *udfor venstre Gränse*, der jo ligger udfor et ganske anderledes skråt Parti af Thoraxväggen end höjre; til höjre måtte ved Brystoverfladens plane eller tilnärmelsesvis plane Form de 2 Gränser jävnlig falde helt sammen.

Hvad viser nu Dr. STRANDGAARDS Undersögelser for de 49 Tilfälde, i hvilke Forholdet er opgjort? I 29 Tilfälde var Forskellen större ved höjre end ved venstre Gränse; kun 7 Gange var venstre afdämpede Gränse den mest devierende (Tilf. 29, 32, 45, 51, 52, 65, 71); i 8 Tilfälde (35, 37, 49, 55, 57, 62, 72, 73) var Forstörrelsen egal for de 2 Sider; i 5 endelig (30, 33, 39, 44, 66) faldt de 2 Gränser universelt sammen. *Hos det store Flertal fandtes således Forskydningen af den afdämpede Gränse udad större til höjre end til venstre;* dette taler stärkt mod Teoriens Gyldighed.[1]) Nej Årsagen til Dr. STRANDGAARDS Fund må söges andensteds; og det er nu så heldigt, at han, sig selv uafvidende, har givet os Nöglen til Gådens Lösning ved at meddele os Resultaterne af sin *interkostale Perkussion på 2 og 4 Måneders Börn* (se Tilf. 31 og 56); da Dr. STRANDGAARD foretager denne Perkussion på sin 2den Fingers Negleled, og da dette vel ikke er så smalt som et spädt Barns Interkostalrum, så må han her under sin »interkostale» Perkussion have rört ved de tilgränsende Ribben; han röber herved, at han ved denne Perkussionsmåde ikke tilsträkkeligt passer på at undgå costæ; men herved blive også hans märkelige Resultater forklarlige: idet han berörte costæ, har han fået irradierende Svingninger af Lungen, hvorved han maskerede det yderste af den interkostale Gränse. Hermed passer det også, at det overvejende ofte var *höjre* Hjärtegränse, der gav

[1]) Et Blik f. Ex. på Dr. STRANDGAARDS Tavle 40 (Bill. *b*), er i övrigt allerede tilsträkkeligt til at kuldkaste hans Projektionsteori; til venstre, hvor Projektionen sker stärkt på Skrå, falde de 2 Gränser sammen; til höjre, hvor den interkostale Gränse projiceres sagittalt fortil, ligger den afdämpede hele 2 Cm. längere ude.

den största Forskel; denne ligger jo altid närmest linea media, på et Sted, hvor Interkostalrummene ere *smallere* end ud imod Sideregionen. Om den »sagittale» Perkussion i Interkostalrummet ved Udretning af dettes Form skal jeg siden udtale mig.

Vi komme nu til Dr. STRANDGAARDS anden Anke mod den afdämpede Perkussion: *den giver et forstörret og forvränget Billede af Hjärtets Forflade.* Om selve dette factum er jeg — hvad der i övrigt også fremgår af min Afhandling i Ugeskriftet — enig med Dr. STR., derimod er jeg det ikke om Tingens Detaljer, specielt ikke om Forstörrelsens og »Forvrängningens» Grad.

Vor Uenighed her afhänger for en väsentlig Del af den forskellige Störrelse, vore Hjärtedämpningsbilleder have, til Dels skyldes den også Uenighed om thorax' Form. Overalt, hvor Projektionen af Hjärtets Forflade falder på et plant, i Rygleje horisontalt, Parti af thorax, må Hjärtedämpningens Gränser kongruere med Hjärtets, forudsat at Dämpningen er korrekt afsat. Denne Sätnings Sandhed vil vel Dr. STRANDGAARD ikke benägte; men han påstår her, at thorax udfor Hjärterandene som Regel ingensteds er plan, heller ikke til höjre eller när sternum; han fremhäver, at Sternalenden af Ribbenene ofte hvälver sig frem i en sagittalt forlöbende Vold på hver Side af sternum; endelig indrömmer han dog, at der *kan* findes en Fladhed af thorax' Forflade; men heller ikke denne undtagelsevise Fladhed lader han passere; efter ham er den i Regelen kun tilsyneladende, idet Blöddelene, navnlig musc. pector. major, maskere Skeletdelenes Krumning; kun denne sidste bör man tage Hensyn til, da Blöddelene under Perkussionen presses ind mod Underlaget af Fingeren. Med denne Argumentation tror Dr. STRANDGAARD at have modbevist Brystkassens Fladhed på Midterpartiet fortil. Men hvad sige nu Anatomerne? I Fölge TILLAUX har den *benede* thorax vel Form af en Kegle eller Tönde, men den er samtidig affladet forfra og bagtil. HOLLSTEIN angiver, at Brystkassens forreste Väg på det Parti, der dannes af sternum og de ägte Ribbensbrusk, er flad eller let hvälvet. Fremmed synes således just ikke Thorax*skelettets* Fladhed at väre for Anatomerne, selv om den ikke i alle Tilfälde er absolut. Den »tilsyneladende» Fladhed, som *Blöddelene* i mange Tilfälde lumsk skulde simulere over den hvälvede benede thorax, kan man dernäst sikkert

uden Fejl tage som reel; det lykkes näppe ved det lette Tryk af den afdämpende Hånd i nävnevärdig Grad at forandre Brystets Overflade; Patienterne vilde sikkert også strax protestere mod et Pres, der forsögte at »forandre Overfladens Form».[1]) Efter mine Erfaringer er thorax udfor höjre Hjärtegränse särdeles ofte plan eller nästen plan; undertiden, det indrömmer jeg gärne, kan den dog her väre i ringe Grad hvälvet; men falder Dämpningsgränsen lige midt på det hvälvede Parti, så vil også her Perpendikulären gå sagittalt og Gränsen på Overfladen og i cors Plan väre lige langt borte fra linea media. Falder Gränsen *udenfor* det hvälvede Partis Toppunkt, så vil den konvergere mod Midtlinjen; her gengives Gränsen altså på Overfladen i lidt foröget Målestok; men Gränsen kan endelig også falde *indenfor* Toppunktet; i så Fald divergerer den ind mod cor, d. e. vi få Gränsen på thorax *for lille.* Overvejende ofte — og det gälder isär for normalt store Hjärter — er der dog for *höjre* Gränses Vedkommende kun Tale om en Fejl på Brökdele af en Centimeter.

Dette har jeg i en Räkke Tilfälde overbevist mig om ved at tage et Afrids af thorax' Forflade med Kyrtometer og indfälde Perpendikulären i den fundne Gränse. Men jeg kan også her henvise til nogle Kyrtometerafrids, stammende fra Dr. STR. selv. Af disse sidste Afrids har jeg 14, udvalgte af hans oprindelige Afhandling ganske uden Henblik på det her omhandlede Spörgsmål; tvärtimod, flere ere särligt valgte af Hensyn til thorax' usädvanlige Konvexitet. Blandt disse 14 var der nu 9, hvor Fejlens maximum i 6 Cm:s Dybde og 4,5 Cm. fra linea media til höjre var 0,5 Cm. (6 af disse viste endog identiske Tal på Overfladen og i Dybden); 2 Gange var Fejlen 1 Cm., 1 Gang 1,5, og kun 2 Gange var Overfladen så stärkt (abnormt?) krummet, at Målene i den omhandlede Afstand formindskedes betydeligere i Dybden. Når man nu betänker, at 4,5 Cm. stärkt närmer sig mit *maximale* Tal for höjre Gränses *normale* Afvigelse (mit Gennemsnitstal er her godt 3 Cm.), medens Fejlen längere inde gennemgående er mindre,[2]) når man end videre tager i Betragtning, at 6 Cm. er en ganske

---

[1]) Kun Papillen lader sig let sammentrykke.

[2]) I Tilfäldet med 1,5 Cm:s Afvigelse, Nr 33, var Målet hos det ualmindelig lille og spinkle Individ endog identisk på Overflade og i Dybde 3 Cm. fra linea media.

respektabel Dybde for höjre Hjärterand,[1]) så tror jeg, man vil indrömme mig, at jeg ikke har begået nogen stor Fejl ved at erklære, at höjre Hjärtegränse som Regel falder på et plant Parti og derfor kongruerer i Störrelse med cor; men jeg indrömmer, at absolut korrekt er det ikke. Jeg burde have sagt: ofte er Tallet ganske identisk, ikke själdent er der en ringe Forskel på Grund af en let Konvergens eller Divergens; men kun ganske undtagelsesvis, ved stärkere Krumning af thorax helt fortil, bliver Differensen af Betydning i *normale* Tilfälde; kun til sådanne har jeg nemlig sigtet, hvor jeg i min Afhandling omtalte höjre Gränses Beliggenhed bag et plant Thoraxparti. Jeg gör her opmärksom på, at på BRAUNES Normalbillede, hvor dog höjre atrium er abnormt udspilet, er Forskellen i höjre Gränses Afstand fra Midtlinjen på Overfladen og i Dybden 1 Mm. (4 mod 3,9). At Dr. STRANDGAARD med sine langt större Perkussionsgränser kommer til et andet Resultat, er jo ikke forbavsende.

Det er også til *normale* Tilfälde, at mine Angivelser om det RAUCHFUSSske »Horisontalfuremål», fra Hjärteleververvinkel op igennem 3dje Kostalbrusks Insertion til Hjärtegränsen, referere sig; aldeles overvejende ofte falder dette Mål, når man kun bruger de *distinkte* Gränser, på et plant eller väsentlig plant Parti af thorax, gengiver altså den tilsvarende Dimension på cor i väsentlig uforandret Målestok. Dr. STRANDGAARD lader rigtig nok hånt om dette Mål; han henviser dels til, at han selv i 10 Tilfälde fandt det perkussoriske Mål fra 1 til 7,5 (!) Cm. större end det tilsvarende anatomiske, dels refererer han til JOSEPH MEYER, der skulde have fundet en tilsvarende Differens på fra 1 til 4,5. Dr. STRANDGAARDS Tal skal jeg lade stå ved sit Värd; men jeg må nedlägge en Protest mod hans Citering af J. MEYER her; de Tal hos denne Forfatter, som Dr. STRANDGAARD anvender, referere sig nemlig aldeles ikke til Horisontalfurediameteren, men til *Hjärtedämpningens Tvärbredde*, svarende til höjre Ventrikels ydre Rand, altså til en *Skrådiameter* på cor. J. MEYER har kun 1 Gang taget et sig det RAUCHFUSSske närmende, men noget mere skråtforlöbende Mål (fra Hjärteleververvinklen og op til Hjärtegränsen i 3dje ven-

---

[1]) PETERSSON, der målte en Räkke horisontale Snit af Lig fra Upsala Musæum, fandt ved höjre Hjärtegränse udfor 3dje Interkostalrum et Lungelag varierende i Tykkelse fra 1,9 til 3 Cm.; lägges hertil 2 Cm. for Brystväggens Tykkelse, hvad der svarer til Forholdene hos et ret velnäret Individ, så ser man let, at jeg ikke har stillet mig under for gunstige Betingelser ved at regne med 6 Cm.

stre Interkostalrum, og her var Differensen —7 *Mm.* (Dämpningen 12,3 Cm., tilsvarende anatomiske Mål 11,6). Jeg selv har i 10 på hverandre fölgende, altså ikke udvalgte Tilfälde på Kommunehospitalets Sektionsstue gjort sammenlignende Bestemmelser mellem den omhandlede Dimension på Dämpningsfiguren og på cor, der dels måltes in situ, mellem de indstukne Nåle, dels, efter Udtagelsen, i Atrio-ventrikulärgränsen. Resultaterne vare:

Tilfälde.	RAUCHFUSS's Mål.	Nålenes Afstand i cors Plan.	Det udtagne Hjärtes anatomiske Bredde i Atrio-ventrik.-Gränsen.
1	11 Cm.	10 Cm.	11 Cm.
2	14 »	13,5 »	13,5 »
3	12 »	11 »	11,5 »
4	11 »	11 »	10 »
5	11,2 »	11 »	Ikke målt ved Forglemmelse.
6	12,75 »	13 »	12,5 Cm.
7	15 »	15 »	16 »
8	13 »	12,5 »	13,5 »
9	11,5 »	10 »	10,5 »
10	11,7 »	11 »	11 »

Som man ser, var Forskellen mellem det RAUCHFUSSske Mål på Brystoverfladen og den tilsvarende Dimension på Hjärtet maximalt 1,5 Cm. og det kun 1 Gang, i 6 af de 10 Tilfälde endog höjst ½ Cm.; dette må, isär i Betragtning af, at en absolut nöjagtig Indförelse af Nålene lodret på Overfladen er ret vanskelig, kaldes särdeles tilfredsstillende. Men isär må jeg betone, at også *den anatomiske Horisontalfure på det udtagne Hjärte stemte fortträffeligt med det Rauchfuss'ske Mål;* oftest belöb Forskellen sig kun til Millimetre, den maximale Forskel var 1 Cm. I normale Tilfälde, oftest også ved forstörret Hjärte og ved ikke deform thorax vil Fejlen sikkert som Regel reducere sig til 1 Cm. eller derunder; så vel överste som nederste Ende af det RAUCHFUSSske Horisontalfuremål, der jo langt mere er et Längde- end et Tvärmål på thorax, ligger ved distinkte Gränser kun få, oftest 2 til 3 Cm., fra linea media; her er, som ovenfor berört, Brystoverfladen overvejende ofte plan.

Men hvor disse Betingelser ikke fyldestgöres, altså ved abnormt krummet thorax og ved betydelige Hjärteforstörrelser, især når disse kombineres, må der naturligvis undtagelsesvis kunne göre sig större Differenser gäldende; men derfor er Metoden i sådanne Tilfälde ikke värdilös; vi ere nemlig ingenlunde afskårne fra at danne os et vist Jugement over Fejlen, idet vi allerede ved Öjemål ret nöje kunne bedömme, om en i Gränsen indfäldet Perpendikulär konvergerer eller divergerer fra linea media, og derved få et Holdepunkt at rette os efter; skulde man i sådanne Undtagelsestilfälde ville have en endnu sikrere Stötte for Vurderingen af Fejlen, kunde man betjäne sig af det *kyrtometriske Afrids;* på dette kunde man fälde Perpendikulären i den udmålte Gränse og herved bestemme dens Häldning mod Midterplanet. Bedömmelsen af, hvor dybt man skulde ind for at ramme i cors Plan, måtte ganske vist tages mere omtrentlig; Afstanden fra Overfladen varierer jo efter Individets Ernäring og Lungelagets Tykkelse. Den förste kunne vi direkte iagttage; [1]) for Lungelagets Tykkelse kunde man i alt Fald finde Gennemsnitsvärdier i de forskellige Interkostalrum og i forskellig Afstand fra linea media. [2]) Med hvor stor Nöjagtighed man på denne Måde kunde foretage Korrektionen, skal jeg, da jeg ikke har haft Lejlighed til at göre den, ikke kunne sige. Men da det overvejende ofte måtte blive stärkt *forstörrede* Hjärter, hvis Horisontalfures Endepunkter projiceredes udad på skrå, og det i desto höjere Grad, jo större Hjärtets abnorme Forögelse var, så ses det let, at Fejlen her, trods alt, dog vilde have ét Gode: den vilde vise os Hjärtets Forögelse ligesom i Forstörrelsesglas.

I de allerfleste Tilfälde kunne vi dog, som sagt, med tilfredsstillende Nöjagtighed direkte måle Hjärtebredden på det Rauchfussske Mål. Med Hensyn til den normale Störrelse af dette sidste, har jeg ikke skiftet Anskuelse; jeg betragter stadigt Tal over 12 Cm. med meget mistänksomme Öje, selv om jeg af Hensyn til Hjärtets normalt varierende Störrelse og i Betragtning af, at thorax *kan* väre hvälvet ud for Endepunkterne af Linjen, indrömmer, at absolut sikkert er Tallet ikke. Hensigtsmässigt vilde det altid väre at notere sig, om Målets

---

[1]) Hos middel-ernärede er thorax' Väg fortil gennemsnitlig 2 Cm. tyk.

[2]) 2 Cm. ved höjre Gränse nedad, 3 ved venstre Gränse opad vilde vel under *normale* Forhold komme Sandheden när; ved Emfysem måtte naturligvis Afstanden foröges.

Endepunkter faldt på et plant Parti eller ikke; men ét må man ikke glemme, når man tager RAUCHFUSS's Mål: det må nöje gå gennem *Sternalinsertionen* af 3dje costa; tager man det mere på skrå, får man for store Tal.

Medens jeg således må hävde, at de normale Hjärtegränser til höjre for linea media overvejende ofte i Dimensioner på det närmeste svare til cor selv, og medens det samme efter min Erfaring er Tilfälde med RAUCHFUSS's Horisontalfuremål, så må jeg give Dr. STRANDGAARD min Tilslutning, når han hävder, at *Breddemålet ved 4de costa* som Regel er större end det tilsvarende på cor — et factum, jeg i övrigt selv har betonet uden at gå närmere ind på det.

Om *Graden* af denne Forstörrelse er jeg dog ganske uenig med Dr. STRANDGAARD. Medens denne som paradigma for Forholdet kun anförer et enkelt Tilfälde, hvor en Skråbredde af cor på 11 afspejlede sig på thorax i en Dämpning på 20,5 Cm. og medens i Tilfälde 57 Forskellen mindst er 7—8 Cm. (10¼ og 17,5 til 18,5), så må jeg for mit Vedkommende hävde, at der oftest her kun er Tale om 1 à 2 Cm., i alt Fald ved ikke betydelig Forstörrelse af cor. Det viser allerede den Omständighed, at jeg aldeles gennemgående finder venstre Gränse, der jo er den, der hovedsagelig giver Forstörrelsen, lige udenfor ictus cordis. [1])

Også JOSEPH MEYERS Resultater stötte mine:

I 5 Tilfälde, hvor den anatomiske Skråbredde var 9—10 Cm., fandt han en Dämpningsbredde varierende mellem 10,5 og 11,4 (Gennemsnit 11,1); i 5 Tilfälde, hvor Diameteren på cor var 11—12,2, varierede Dämpningen mellem 11,2 og 15,4 (Gennemsnit 13,3). Regne vi disse 10 Tilfälde til de normale, så fandt J. MEYER 8 Gange af 10 en Differens på 1 à 1,5; kun 2 Gange var Forskellen större, henholdsvis 3 og 4,1 Cm.

I de 2 Tilfälde med *sikkert* forstörret cor afspejlede Dimensioner på henholdsvis 13 og 14 Cm. sig derimod i Dämpninger på 16 og 18,5; her var altså en större Forskel, som man også måtte vänte. Det er altså hovedsagelig *forstörrede* Hjärter, som give betydeligere Tilväxt i Dämpningen, selv om Tallene på langt när ikke nå Dr. STRANDGAARDS, der tilmed kun angik

[1]) På Tvärsnit af thorax af frosne Lig fandt PETERSSON udfor venstre Hjärtegränse et Lungelag på henholdsvis 1 og 2 Cm:s Tykkelse, eftersom Snitttet var lagt 1 Cm. nedenfor eller 2 Cm. ovenfor Mamillärplanet; den indfäldede Perpendikulär har med Thoraxväg som Regel näppe mere end höjst 3 til 4 Cm. at passere, inden den nåer Hjärtespidsen, ofte mindre.

10 og 11 Cm. brede Hjärter (altså väsentlig normale). Kun undtagelsesvis er det derimod Tilfäldet ved normalt store Hjärter, og dette afhänger da hovedsagelig af en abnormt krummet thorax. Jeg skal endnu her tilföje, at den korrekt konstruerede Gränse på BRAUNEs Normalbillede (se Bill. *A*) netop måler 1,5 Cm. mere end den tilsvarende Dimension på cor (henholdsvis $10\frac{1}{4}$ og $11\frac{3}{4}$).

Min oprindelige Udtalelse om, at normalt store Hjärter kun foröge Dämpningsbredden lidt, tror jeg derfor overvejende ofte er korrekt; men hvorfor Dr. STRANDGAARD antager, at jeg ikke tillägger dette Forhold Betydning, er mig ikke klart; jeg selv har intet udtalt derom. Endnu mindre berettiget er Dr. STRANDGAARD til at udtale dette om RAUCHFUSS's *Längdemål*, al den Stund jeg selv fremhäver, at dette Mål sikkert jävnlig må blive indtil »flere Centrimetre» längere end cors. I Virkeligheden har jeg aldrig tillagt dette Mål särlig stor Betydning, men kun i min förste Afhandling medtaget det for Fuldständigheds Skyld.

Med Hensyn til *Hjärteleververvinklens Bestemmelse* har jeg, mulig ved en Unöjagtighed i min Tegning, ledet Dr. STRANDGAARD på Vildspor; det er nemlig ikke, således som han tror, den relative. men den *absolute* Levermathed, som jeg går ud fra ved Bestemmelsen af Vinklens nederste, horisontale Ben; på dette Punkt slutter jeg mig til PETERSSON; Erfaringen har nemlig lärt mig, at man på denne Måde får langt nöjagtigere Resultater. Jeg bestemmer altså förat den absolute Levermathed, applicerer derpå min Finger lige oven for denne, altså på et *relativt* mat Område og perkuterer nu indad, indtil denne relative Mathed pludseligt går over i en langt intensere, som oftest »absolut», Mathed; i Sammenträffet af denne med den absolute Levermathed markerer jeg Hjärteleververvinklen, der i normale Tilfälde ligger når ved höjre Sternalrand, ofte kun et Par Cm. fra linea media. På denne Måde får jeg som Regel särdeles pålidelige Resultater, og särlig skal jeg betone, at Markernålen ikke alene er korrekt i Relation til hepar, *men også i Relation til cor;* den af J. MEYER, og i Tilslutning til ham af Dr. STRANDGAARD, fremhävede särlige Vanskelighed ved Bestemmelsen af Hjärteleververvinklen, som disse Iagttagere som Regel fandt for langt ude, har jeg ikke mödt; overvejende ofte sad min höjre nederste Nål fuldt så korrekt som Markernålene i de ovenfor beliggende Interkostalrum. Hvorledes dette factum

skal forklares fysikalsk, skal jeg ikke kunne sige; mulig står det i Forbindelse med Lungerandens mod Midtlinjen tiltagende Stumphed; måske det også afhänger af, at Sammenstödet mellem Hjärte og Lever, set forfra, sker foran (og nedenfor) Leverens mest konvexe Punkt.

Medens Dr. STRANDGAARD i sin Kritik er särdeles afvisende lige over for den afdämpede Perkussion, stiller han sig ganske anderledes anerkendende over for den *relative Mathed;* denne skulde efter ham afgive en ganske anderledes pålidelig Vejledning for Bestemmelsen af en Hjärteforstörrelse. Denne relative Mathed vil han dog ikke have opfattet i sin totale Udsträkning; det er kun dens intenseste Afsnit, således som det afgränses ved middelstärk Perkussion, han her anbefaler. Skönt han närmere karakteriserer denne relative Matheds Intensitet ved, at »mange måske vilde opfatte den som absolut», så er det ikke let her at fölge ham; der er altfor meget Spillerum for en subjektiv Opfattelse i Vurderingen af denne Dämpningsgrad; man får endog en til Vished gränsende Sandsynlighed for, at Dr. STRANDGAARD selv er »ret subjektiv» i Vurderingen, når man betänker, *at han ikke en eneste Gang blandt sine 78 Lig savnede sin intense relative Mathed;*[1]) der var nemlig blandt disse mange gamle Individer med til Dels betydeligt Emfysem; hos sådanne savnes dog ellers ret jävnlig en intensere Hjärtedämpning, ja ikke ganske själdent mangler endog en overhovedet *tydelig* Hjärtedämpning helt, et factum, alle Klinikere med Erfaring sikkert ville indrömme mig. Forklaringen af dette Forhold må jeg nu overlade Dr. STRANDGAARD; men jeg vil bestemt hävde, at Dämpningens Intensitet voxer ganske anderledes jävnt her, hvor vi under Perkussionen beväge os indenfor selve cors Område, end hvor vi, som ved Afdämpningen, befinde os ved Organets Rande; så vel praktiske som teoretiske Grunde stötte denne Anskuelse. Selv om Dr. STRANDGAARD nu måske ikke vil indrömme dette, så hävder han dog ikke for den relative Mathed större Skarphed i Afgränsningen end for Totalmatheden; Gränserne ere for ham ved enhver Form af Perkussion udviskede, kunde med samme Ret sättes 1 Cm. längere inde eller ude (se hans Afh. Nr 8, S. 2). I en uforligelig Modsätning til disse Dr. STRANDGAARDS egne Ord står imidlertid hans »intense» relative Mathed; dens

[1]) Kun en eneste Gang nåede den »intense» relative Mathed ikke höjere end til 4de costa, ellers kunde den altid *mindst* eftervises fra 3dje.

höjre og dens överste Gränse findes efter ham normalt henholdsvis ved venstre Sternalrand og ved 3dje costa; overskrider den ved ikke tilstedevärende Emfysem disse Gränser det allermindste, ere vi strax inde på det patologiske! Som man ser, regner Dr. STRANDGAARD endog med hårfine Gränser ved venstre Sternalrand; som om Naturen, uden Hensyn til Brystväggens og Lungernes vexlende Svingningsävne, elskvärdigt havde lagt denne til Rette som Ledestjärne for vor Undersögelse. Dette märkelige Forsög på at rehabilitere den gamle relative Mathed söger Dr. STRANDGAARD at stötte på sit Sektionsmateriale; dette skulde efter ham vise dels Metodens sikre diagnostiske Kraft selv over for små Hjärteforstörrelser, dels dens Overlegenhed over den afdämpede (og interkostale) Perkussion. Beviskraften i Dr. STRANDGAARDS Materiale er dog af ret tvivlsom Värdi. Et öjensynligt svagt Punkt er her — som ovenfor berört — hans anatomiske Diagnose af Hjärteforstörrelse, der jävnlig stilles altfor let, i Modstrid med det objektive Grundlag, han giver os i Tallene; her have vi sikkert en stor Del af Forklaringen for, hvorfor han finder sin relative Mathed så fortrinligt vejledende; man kunde nästen få Indtrykket af, at Diagnosens väsentlige Fundament i mange Tilfälde mindre er det anatomiske Fund end den relative Matheds Udsträkning — selv om jeg naturligvis ikke tror, at dette er sket bevidst. Med et Par Exempler skal jeg belyse dette med Fare for at trätte med Tal: I Nr 5 hos en Kvinde på 31500, hvor Diagnosen löd på Hypertrofi og Dilatation af hele Hjärtet, var Hypertrofien (v. Väg 15 Mm.) sikkert ikke til at erkende perkussorisk, og Dilatationen (Hjärtets Bredde 10 Cm., Vägt 240, Längde 9) syntes ret tvivlsom; men den relative Mathed begyndte, trods et Emfysem, ved 2det costa opad og til höjre endog *1,5 Cm. til höjre for höjre Sternalrand.* Man skulde altså her efter Dämpningen have trot på en betydelig Breddeforögelse af cor. I Nr 27, hos en spinkel, middelstor[1]) Kvinde med et ualmindelig lille Hjärte (Längde 9,5, Bredde 7,5, Trikusp. 11, Mitr. 9, aorta og pulmonal. 6,5, Hjärtets Vägt 145, v. Väg 10, h. 2) diagnosticeredes en let Hypertrofi og Dilatation. Cor var her disloceret opad, (ikke til höjre), og dog gik den relative Mathed til höjre 1 Cm. indenfor höjre Sternalrand (afdämpet Perkussion gav derimod et i Dr. STRANDGAARDS

[1]) Hendes Längde var 157 Cm., Vägten 40500 Gm, Brystbredde 22 Cm.

Hånd meget lille Tal for h. Gränses Afvigelse fra l. med., 3 Cm.; Resultatet her passede altså med det anatomiske). Tilfälde N:r 51, Kvinde, Legemslängde 150, Vägt 45000, viste en Hjärtebredde på 11, en Längde på 10, Trikusp. var 12, Mitr. 9, Aorta og pulm. 7, v. Ventrikelväg 10, h. 3. Hjärtet disloceret opad (ikke til höjre). Forf.'s Diagnose er Hypertrophia & Dilat. levis cord. dextr.; skönt Tallene her ligge indenfor Normen, når den relat. Mathed dog 4 Cm. til höjre for linea media og det, skönt der angives at väre Emfysem.

En hel Räkke lignende Tilfälde kunde anföres; men jeg skal her lade mig nöje med at jävnföre nogle Tilfälde, der vise, at Dr. STRANDGAARDs *Rubricering af normalt og abnormt er ret vilkårlig*, i alt Fald når man vil holde sig til hans egne Talangivelser:

N:r 34. Mand. Vägt 44500, Längde 165. Hjärtets Bredde 11, L. 11, Mitral. 10,5, Trikusp. 12, Aorta og Pulmon. 7, v. Väg 10, h. Väg 2 opföres som et dilat. Hjärte. Relat. Mathed foröget. (Ikr. II og 1 Cm. indenfor v. Sternalrand.)

N:r 35. Mand. Vägt 38000, Längde 160. Hj. Br. 11, L. 10, Mitr. 11, Tr.kusp. 13, Aorta og Pulmon. 7, v. Väg 11, h. 2 regnes til de normale.[1]) Relat. Mathed normal.

N:r 29. Mand. Vägt 31500, Längde 160. Hj. Br. 11, L. 9,5, Mitral 10, Tr.kusp 11, Aorta og Pulm. 8, v. Väg 10, h. 4, regnes til dilaterede. Relativ Mathed udvidet. (C. II og 1 Cm. indenfor v. Sternalrand).

N:r 18. Mand. Vägt 39500, L. 166. Hj. Br. 11,5, L. 9. Mitral 10, Tr.kusp. 12. Aorta og Pulmon. 8, v. Väg 12, h. 2 rangerer atter mellem de normale.[1]) Relat. Mathed endog let formindsket uden Emfysem.

N:r 5. Kvinde. Vägt 31000, Längde ? Hj. Br. 10, L. 9, v. Väg 15, h. 3 (Ostierne ej noterede) regnes til dilaterede. Trods Emfysem betydelig Dilatation af relativ Mathed (opad Costa II, tilhöjre 1 1/2 Cm. udenfor *höjre* Sternalrand).

N:r 2. Kvinde. Vägt 42500, L. 161. Hj. Br. 11, L. 10 (Ostierne ikke noterede) regnes til normale.

N:r 9. Kvinde. Vägt 33500, L. 158. Hj. Br. 11, L. 9,5, Mitr. 10, Trikusp. 11,5. Aorta og Pulmon. 8[2]), v. Väg 15, h.

[1]) Diagnosen i Tabellen er vel Dilat. levis, men Dr. STRANDGAARD benytter Tilfäldet mellem normale (Nord. Med. Ark. N:r 8. S. 25).

[2]) Jeg har medtaget Tilfäldet, skönt *ost. aortæ* var ubetydeligt större end Middeltallet for Kvinder, fordi det angives at väre *höjre* Hjärte, der var dilateret; de höjresidige Ostiers Tal var normalt.

4 angives at våre dilateret i *höjre* Halvdel. Relat. Mathed föröget (Ikr. II og 1 Cm. indenfor v. Sternalrand).

Disse Exempler vise, at man aldeles ikke udaf Tallene for Hjärtets Bredde og Längde, men särlig ikke af den for *Ostierne*, kan finde Holdepunkter for Dr. STRANDGAARDS Diagnoseregler. Heller ikke Hensynet til Individernes Kön eller Bygning kan her have våret bestemmende. Den eneste Ledetråd, jeg kan finde, er den relative Matheds Forhold.

Det er i övrigt ikke alene overfor Individernes Hjärter, men også overfor *Individernes Bygning*, at Dr. STRANDGAARD udviser Vilkårlighed i Rubriceringen. Her et Par Exempler:

N:r 46. Kvinde. L. 145, Brystbredde 24, Vägt 47500 kaldes »spinkel».

N:r 78. Kvinde. L. 145, Brystbredde 24, Vägt 36500 kaldes »meget kraftig bygget».

N:r 43. Mand. L. 163, Brystbredde 26,5, Vägt ? kaldes »kraftig» af Bygning.

N:r 44. Mand. L. 165, Brystbredde 27, Vägt 45000 er derimod »mager og lille».

Jeg indrömmer gårne, at Overgangen mellem spinkle og kraftige er flydende, Vurderingen mere eller mindre afhängig af et Skön; men en vis *Ensartethed* i Opfattelsen må man dog kunne fordre. Hvor Längden ikke er betydeligt over eller under Gennemsnittet, forekommer Brystbredden eller endnu bedre Mammilarcirkumferensen mig at våre en ganske god Basis for Inddelingen. Dr. STRANDGAARDS Rubricering er i alt Fald ikke vejledende til Bedömmelsen af de forskellige Perkussionsmetoders Resultater.

De ovenfor omtalte Tilfälde med tvivlsomme Hjärteforstörrelser, men med meget vexlende relative Matheder, ere for mig kun et Vidnesbyrd om disse sidstes diagnostiske Insufficiens, selv i Dr. STRANDGAARDS Hånd. Men hvordan forholder det sig nu med de utvivlsomme Hjärtedilatationer. Ja her giver Metoden ofte Vejledning, det indrömmes vel af alle; men des värre Vejledningen er ofte meget lidt sikker, hvad Dr. STRANDGAARDS egne Exempler vise. I N:r 7 lyder den anatomiske Diagnose på en *särlig stärk Dilatation* af *höjre* atrium, hvilken altså måtte formodes at våre utvivlsom; det synes jo også at harmonere godt hermed, at den relative Mathed trods Emfysem når 1 Cm. til höjre for höjre Sternalrand, opad 2:det costa. Men Tallene stötte ikke ret Dr. STRANDGAARDS Dia-

gnose: Hj. Br. 11, Långde 9, Mitral. 9, *Trikusp. 11,5*, h. Ventr. 4, v. 10, hos en middelstor Kvinde (156 L., Vägt 32000); men hvad der yderligere taler mod den stärke Atriedilatation, er den Omständighed, at *höjre anatomiske Hjärtegränse kun nåde höjre Sternalrand;* dette fremgår utvivlsomt af, at den 1 Cm. udenfor höjre Sternalrand liggende relative Mathed faldt 1 Cm. udenfor Hjärtegränsen. I Fölge alle Forfatterne overskrider det normalt store Hjärte h. Sternalrand med 1 til flere Cm. Den afdämpede Perkussion derimod viste kun en Gränse 4,5 Cm. til höjre for linea media, et i Dr. STRANDGAARDs Hånd normalt Tal. Som Modstykke hertil kan jeg anföre Tilfälde N:r 15, hvor Tallene (Hjärtets Bredde 13, Trikuspidalen 14 hos middelstor Mand) utvivlsomt stöttede den også anatomisk diagnosticerede Dilatation af höjre Hjärte; den relative Matheds Gränse var her henholdsvis C. III og 1 Cm. til venstre for sternum; Dr. STRANDGAARD skyder ganske vist de normale Gränser her på et tilstedevärende Emfysem (relativ Levermathed ved 5 costa hos 78-årig Mand på 42500); men Vurderingen af dettes Indflydelse og specielt dets *kliniske* Påvisning har näppe väret let (se nedenfor). Den afdämpede Perkussion gav derimod ved Tallet 6 til höjre i alt Fald stärk Formoding om Udvidning til höjre. I Tilfälde N:r 4 — atter her var der et klinisk näppe erkendeligt Emfysem [1]) — maskeredes en särlig Dilatation af h. Hjärte ved en ganske normal relativ Hjärtemathed, medens Afdämpningsgränsen gik 6 Cm. fra linea media hos en mager Kvinde.

Jeg skal endnu kun omtale et enkelt Tilfälde, N:r 29, fordi Dr. STRANDGAARD tillägger det en särlig Beviskraft for, at den afdämpede Perkussion kan svigte selv ved »*betydelig*» Dilatation af h. Hjärte, medens Hjärteforstörrelsen röber sig for hans intense relative Mathed. Hos en Mand, 160 lang, med en Brystbredde på 24, en Vägt på 31500, altså lidt spinkel og lille og meget mager, fandtes et Hjärte 11 Cm. bredt, 9,5 langt, Mitr. 10, *Trikusp. 11,5*, *Aorta og Pulmon. 8*, v. Väg 10, h. 4, Hjärtets Vägt 240. Hvor Forf. foran i sit Arbejde (Afsnit 1, S. 24) gör Rede for Tilfäldets Detaljer, er hans Diagnose: Dilatatio cordis *levis*, inprimis dextr. I Afhandlingens Afsnit 2, hvor Tilfäldet skal bruges som Angrebsvåben (S. 27), bliver denne Dilatation först »ret betydelig», for endelig »im Eifer des Vor-

---

[1]) Den *absolute* Levermathed ved 5:te costa lå endog 2,5 Cm. for lavt.

trages» lidt længere nede på samme Side at figurere som »betydelig» Forstörrelse. I Virkeligheden ere de ovenfor omtalte Tal absolut ikke bevisende for nogen Dilatation.

I Henhold til det anförte kan jeg ikke indrömme, at Dr. STRANDGAARD på nogen Måde har bevist den almindelige Perkussions Overlegenhed over den »afdämpede»; tvärtimod! selv i hans Händer har den sidste jävnlig givet rigtigere Resultater end den förste.

Kun, hvor der er *Emfysem* af Lungerne, indrömmer Dr. STRANDGAARD, at den relative Mathed tilsyneladende kan svigte, idet en Forstörrelse af Hjärtet kan give sig Udtryk i en normal eller endog i en formindsket Hjärtemathed. Ved i Tydningen af Matheden at tage Hensyn til Emfysemets Tilstedevärelse mener han dog, at man som Regel også her kan nå til en rigtig Vurdering af det fundne. Ligeoverfor et *generelt* og derfor *klinisk* erkendeligt Emfysem må det nu ganske vist indrömmes, at det omhandlede Moment kan have sin Betydning, selv om det i det enkelte Tilfälde hyppigt falder meget vanskeligt at vurdere Forholdet kvantitativt; hvor ofte finde vi ikke ved udtalt Hjärteforstörrelse en endog betydelig formindsket Hjärtemathed; hvordan värdsätte den? Men som langt väsentligere Vanskelighed fremträder her det särdeles hyppige *lokale* Emfysem eller Ektasien af forreste Lungerand. Det er let nok, som Dr. STRANDGAARD, at diagnosticere en sådan på *Sektionsbordet;* men når den absolute Hjärtemathed ikke er tydelig formindsket, — og det vil den jo hyppigt ikke väre netop ved Hjärteforstörrelse — så unddrager en sådan Ektasi sig fuldständigt vor *kliniske* Erkendelse, og det er dog den, det kommer an på, når man skal diagnosticere in vivo. At nu Dr. STRANDGAARDS Emfysemer »särdeles ofte» have väret sådanne lokale Ektasier af de forreste Lungerande, fremgår med al önskelig Tydelighed af hans Tabeller, der foruden Hjärtegränserne også give os Lunge-Levergränsen i höjre Papillärlinie; *denne sidste ligger jävnligt endog höjere oppe i Tilfälde med end i sådanne uden Emfysem.*

Emfysem diagnosticeredes således *anatomisk* med en perkussorisk Lungelevergränse ved costa III (i N:r 51), ved Interkostalrum III (i N:r 23), ved costa IV (i N:r 3, 4, 26, 43, 46) og ved Interkostalrum IV (i N:r 7, 17, 36, 37); omvendt *manglede Emfysem* ved en Lungelevergränse ved Interkostalrum V (i N:r 10 og 18), ved costa V (i N:r 11, 12, 33) og ved Inter-

kostalrum IV (i N:r 27, 29, 31, 40, 62 o. s. v.). Det var ikke den forskellige Alder, der betingede den höje Gränse i de förste, den dybe Gränse i de sidste Tilfälde, idet Individerne med Emfysem snarest vare de äldste. Det viser sig altså, at höjre nederste Lungerand hyppigt var udperkuteret höjere oppe på thorax hos dem med Emfysem end hos Individerne uden dette; man kan derfor med stor Sandsynlighed formode, at heller ikke Lungegränserne bagpå (hvis Stand ikke er noteret) vare forskudte. Og da den *absolute* Hjärtemathed hos den Minoritet af »Emfysematikere», hos hvilke den bestemtes, jävnlig fandtes normal (f. Ex. i Tilf. 5, 17, 23, 26), medens den f. Ex. i Tilf. 11, hos en ganske vist 81-årig Kvinde *uden* Emfysem var formindsket, så ses det let, at ethvert *klinisk* Holdepunkt for Diagnosen »Emfysem» i disse Tilfälde svigter. Men det hindrer ganske vist ikke Dr. STRANDGAARD i at manövrere med dem *på Sektionsborden* til bedste for den »intense relative» Mathed.

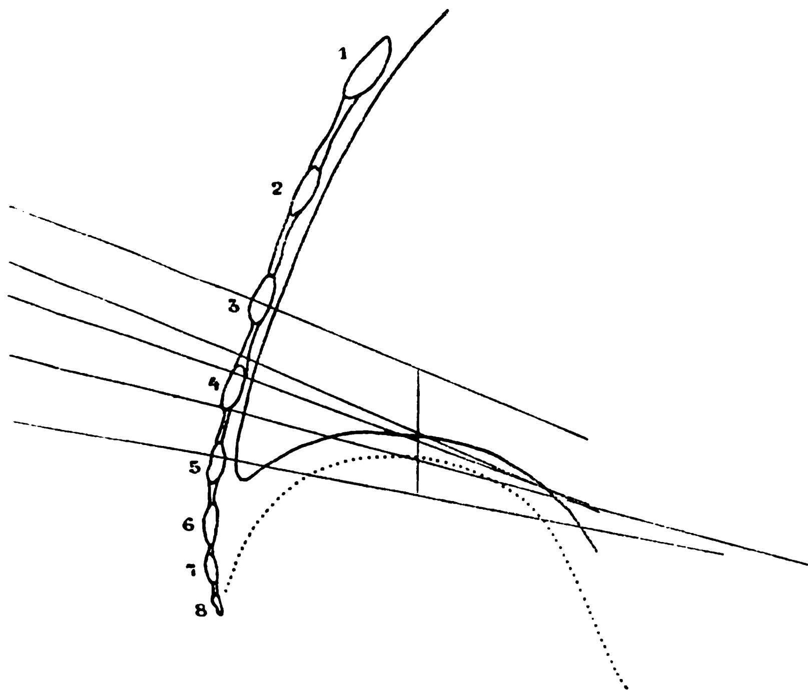
Jeg ser i denne Redegörelse selvfölgelig bort fra, at Dr. STRANDGAARD jävnlig har markeret Lunge-Levergränsen 1 til flere Cm. forkert. For Bestemmelsen af denne Gränse, d. e. for Markeringen af den konvexe Leveroverflades höjeste Parti hävder han i övrigt, at man har en korrekt Vejleder i den intense relative Mathed; denne Mathed er efter ham altså en nöjagtig Genspejling af Leveren, i Modsätning til Forholdet med den »totale» Hjärtemathed. Jeg skal ikke her komme ind på alle de teoretiske Grunde, som Dr. STRANDGAARD anförer til Forklaring af denne Forskel i Värdi mellem Leverens og Hjärtets »totale» Matheder; kun 1, den vigtigste, må jeg anholde: Dr. STRANDGAARD gör sig skyldig i en Fejltagelse, når han tror, at forreste Brystväg er plan i Retningen ovenfra nedad i Papillärlinien; som det fremgår af ethvert anatomisk Atlas (f. Ex. BRAUNES, RIEDINGERS, TILLAUX's Anatomi [1])) viser Brystkassen som Regel i den omhandlede Retning en ganske vist ikke stärk Konvexitet, der dog hyppigt er stärkere end den, der findes när sternum i transversal Retning; ved den ofte *ret betydelige Afstand* mellem Brystväggens Overflade og Leverkonvexitetens Top — en Afstand, der er langt större end den fra Overfladen til höjre Hjärterand — vil der jävnlig måtte göre sig mere eller mindre Konvergens af de indförte Markernåle gäldende. En Fejl på Overfladen vil således let kunne

[1]) Se Figur *g*.

formindskes i Dybden. Dr. STRANDGAARD overvurderer den relative *Levermatheds* Värdi.

Men for at vende tilbage til Dr. STRANDGAARDS relative, intense, Hjärtemathed, så kan jeg ikke nägte, at det har forbavset mig en Del, at han uden Hensyn til talrige erfarne Klinikeres särdeles vexlende Anskuelser om den relative Matheds normale Störrelse, så blindt stoler på sine

Bill. 9.



TILLAUX.

Lodret sagittalt Snit gennem Papillen. Konvergens af Perpendikulärerne.

egne Gränser, og särlig på höjre Gränse, der uniformt og skarpt skulde begränses af v. Sternalrand. Her er han, hvad han ikke berörer, i Modstrid med de kompetenteste Undersögere, selv når han vil lägge Akcenten på »Intensiteten» af Dämpningen. Fra adskillige Sider betones det nemlig, at ikke alene den relative, *men endog den absolute Hjärtemathed normalt kan overskride venstre Sternalrand* mere eller mindre; JOSEPH

MEYER fremhåver således udtrykkeligt,[1]) at den *absolute* Hjärtemathed under fuldständig normale Forhold kan nå til midt på sternum. KROENIG [2]) vil endog göre det til Norm, at den *absolute* Matheds höjre Gränse begynder ved 4:de venstre Kostalbrusks Insertion og forlöber skråt nedad til Midtlinien. MATTERSTOCK [3]) fandt hos et ikke ringe Antal sunde höjre *absolute* Gränse nående til Midten af sternum eller endnu mere til höjre; LEO [4]) fandt blandt 75 normale Individer 6 Gange en *absolut* Hjärtemathed, der nåde ind på Brystbenet. Skönt jeg for mit eget Vedkommende tror, at især KROENIG her går for vidt, så er jeg dog ingenlunde i Tvivl om, at den *absolute* Hjärtemathed undtagelsevist kan overskride v. Sternalrand normalt, men især er det for mig som for så mange andre aldeles afgjort, at en *intens relativ Mathed, der når mere eller mindre ind på sternum, jävnlig forekommer hos fuldständig normale Individer;* dette har jeg ofte haft Lejlighed til at konstatere selv, hvor en längere Tids ombyggelige Observation ikke ellers röbede den fjärneste Antydning, hverken subjektivt eller objektivt, af en Hjärtelidelse. Hyppigst har jeg i sådanne Tilfälde fundet höjre Hjärtegränse forlöbende fra 4:de venstre til 6:te höjre Kostalbrusk, altså skråt ned over sternum; men alle mulige Modifikationer kunne her forekomme. Udtalt relativ Mathed falder endog hos sunde ikke så ganske själdent helt eller nästen helt sammen med den »totale», især hos Börn og hos fede Individer (Prækordialfedt?); den overskrider i sådanne Tilfälde undertiden endog höjre Sternalrand. Tager man på den anden Side i Betänkning, at endog betydelige Hjärteforstörrelser, särlig Udvidelser af h. atrium, ganske eller nästen ganske kunne unddrage sig Påvisningen, når man benytter den almindelige Perkussion, idet den relative Gränse — selv i Tilfälde uden klinisk efterviseligt Emfysem — findes ved venstre Sternalrand, så forstår man godt den udstrakte Mistillid, som den relative Mathed nyder som pålidelig Vejleder.

Til Belysning af, hvad jeg lige har udviklet, skal jeg anföre nogle Exempler, iagttagne i Löbet af nogle Måneder på Kommunehospitalet.

---

[1]) Anf. Sted.
[2]) Refereret hos BIERNACKI i Sammlung klinischer Vortr. von R. Volkmann. N. F. N:r 154/155. 1896: Zur Revision einiger Kapitel der physikal. Diagnostik der Brustorgane.
[3]) Refereret hos BIERNACKI.
[4]) Refereret hos BIERNACKI.

Först nogle Tilfälde med Sektion:

1) 64-årig, fed, kraftig Mand. Afdämpningsmatheden ved 4de costa målte 5 + 11,5; der var intet perkutorisk påviseligt Emfysem. Udtalt relativ Mathed fra 3dje costa og venstre Sternalrand. — Sektionen viste: höjre atrium stärkt udspilet af Blod. RingeEmfysem.

2) 46-årig, ret kraftig Kvinde. Afdämpet Mathed ved 4de costa: 4,5 + 10; relativ fra venstre Sternalrand og 3dje costa. — Sektion: dilatatio atrii d. Ringe Emfysem.

3) Middelhöj Mand, middel Bygning. Afdämpet Mathed: 3,5 + 8,5. *Betydeligt* Emfysem. Relativ Mathed fra 3dje costa og venstre Sternalrand. — Sektion viste Emfysemet; cor ej forstörret, dog Hypertrofi af venstre Ventrikel.

4) Spinkel og mager gammel Kone. Stärkt Lungeemfysem. Afd. Mathed 3,5 + 7 ved 4de costa. Relativ Mathed fra 3dje costa og v. Sternalrand. — Sektion: cor ej forstörret.

5) Mand (Ftisiker) med stor purulent pericarditis og med Dilatation af höjre atrium. [1]) Spinkel, emacieret. Kun höjre Gränse kunde bestemmes, nåde ved Afdämpning 5,5 Cm. til höjre for linea media; ingen stärkere relativ Mathed på sternum.

6) Mand, knap middel af Bygning (Mammillarcirkumferens 83). Afdämpningsmathed 2 Fingersbred til höjre for sternum, på Toppen af en fortil let konvex Krumning. Ingen relativ Mathed bag sternum. — Sektion: dilat. atrii dextr. (Hjärtets Bredde 13 Cm.)

7) Mager, spinkel Mand; en venstresidig pleuritis, der fortil nåede nederse Rand af III costa, umuliggjorde cors Afgränsning nedad og til venstre. Afdämpet Mathed nåede 4 Cm. til höjre for linea media; RAUCHFUSS's Horisontaldiameter var 14 Cm. Afstanden i 2det v. Ikr. 7 Cm. Relativ Mathed fra III costa og venstre Sternalrand. Intet Emfysem. Dette Fund konstateredes sammen med Venepuls nogle Timer ante mortem. Sektionen viste et cor bovinum (Bredde 15 Cm., L. 14, Vägt 800) universelt dilateret, men isär i venstre Halvdel. 1000 Gm Exsudat i v. Pleurasäk. Intet Emfysem.

I disse Tilfälde, i hvilke Sektionsdiagnosen stilledes af Kommunehospitalets Prosektor, viste Tilf. 1, 2, 6 og 7 ved Afdämpning en udtalt Forögelse af höjre Hjärtegränses Afstand fra Midtlinjen (hos N:r 7 desuden en foröget RAUCHFUSS's Diameter), medens den almindelige relative Mathed ikke röbede noget abnormt. Sektionen viste hos alle 4 udtalt Dilatation af h. atrium. I Tilfälde 5, hvor det samme var Tilfäldet, fandtes desuden en stor purulent pericarditis; den

---

[1]) In vivo Venepuls på Halsen.

afdämpede Perkussion viste atter her på rette Vej, medens almindelig Perkussion lod fuldständig i Stikken. I Tilfäldene 3 og 4 endelig, hvor der *med et betydeligt Emfysem* fandtes normale Afdämpningsgränser, var der udtalt relativ Mathed fra 3dje costa og v. Sternalrand; efter Dr. STRANDGAARD skulde man altså have väntet Forstörrelse af cor, men Sektionen viste Hjärtet af normalt Störrelse. — Om nogle af Diagnoserne her vilde måske Dr. STRANDGAARD, holdende sig til mine tidligere Udtalelser, näre Tvivl, fordi de af tilfäldige Grunde ikke ere ledsagede af Tal; men jeg kan imödegå Tvivlen her ved at citere nogle Tilfälde, i hvilke Diagnosen dilatatio atrii dextri allerede kunde stilles *sikkert* in vivo på Grund af en udtalt *Venepuls på Halsen.*

8) Kvinde, mager, middel af Bygning. Stärk Venepuls. Höjre Gränse ved Afdämpning 5 Cm. fra linea media. 3dje costa og venstre Sternalrand danne Gränsen for den intense relative Mathed. Intet udtalt Emfysem. Sektionen viste: total Dilatation af cor (Hjärtets Bredde 13).

9) Meget spinkel og mager ung Kvinde (Mammillar-Cirkumferens 67!). Intet Emfysem. Systolisk *Venepuls* på Halsen. Afdämpningsgränsen ved 4de costa: 4,5 (i höjre Parasternallinje) + 8 (på ganske plan Grund); relativ Mathed fra 3dje costa og venstre Sternalrand.

I disse 2 Tilfälde se vi den utvivlsomme Dilatation af h. atrium fuldständigt maskeret for den almindelige Perkussion, uden at et påviseligt Emfysem kunde väre Syndebuk, medens Afdämpningsgränsen strax viste på rette Vej. Det samme var Tilfäldet hos den fölgende Patient, hvis Sygehistorie jeg skal skizzere lidt fyldigere.

10) Meget mager Kvinde, spinkel (Mammillar-cirkumferens 76), indkom i Maj Måneds Slutning med sukcessivt tiltagende asystoliske Fänomener (hydro-thorax duplex, ascites, meget betydelige Ödemer). Stetoskopien viste en afdämpet Mathed ved 4de costa på 4,5 + 8,5, medens den absolute og relative Mathed begyndte ved venstre Sternalrand; blöd, systolisk Mislyd; der var *intet Emfysem.*

$^{9}/_{6}$ noteres: *Venepuls;* h. Gränse 5,5 fra linea media ved Afdämpning; ret Lever-Hjärtevinkel; näre Hjärtelyd; ictus 1 Fingersbred indenfor venstre Dämpningsgränse.

$^{15}/_{6}$. *Pulserende, stärkt udvidede Halsvener;* meget store Ödemer. Ved Afdämpning når Hjärtematheden nästen jugulum. Afdämpningsgränserne ere:

I 1ste Interkostalrum:		2,5 + 5,5
» 2det	»	5,5 + 9,5
» 3dje	»	5,5 + 11,5

Nedenfor 4de costa hindrede en stärk Tympanisme fra abdomen Afgränsningen. Dumpe Hjärtelyd. Ictus i 4de Interkostalrum i linea papillaris. Diuresen 500. Relativ Mathed uforandret fra venstre Sternalrand og 3dje costa.

$^{17}/_{6}$. Afdämpningsgränser:

i 1ste Interkostalrum:	2 + 5	
» 2det »	4,5 + 9,5	
» 3dje »	5 + 11	
» 4de »	6,5 + ?	(Tympanisme).

Ictus ej fölelig. Horisontalfurediameter 14. Relativ Mathed uforandret fra 3dje costa og venstre Sternalrand; absolut Hjärtemathed fra 4de costa. Diuresen 600.

$^{21}/_{6}$. Afdämpningsgränser noget formindskede i alle Retninger, nå nu opad kun til 2det costas Insertion på sternum; Målene ere:

i 2det Interkostalrum:	3,5 + 7,5	
» 3dje »	5 + 9,5	
» 4de »	6 + ?	(Tympanisme)
» 5te »	6 + ?	»

Ingen ictus. Svagere, men tydelig Venepuls. Uforandrede Ödemer. Uforandret relativ Mathed.

$^{29}/_{6}$. Efter nogle Dages rigelig Diurese (1200—2500) og under betydelig subjektiv og objektiv Bedring med Aftagen af Ödemerne og kun Spor til Venepuls ere Målene for Afdämpningsgränserne:

i 2det Interkostalrum:	2 + 4,5 (?)
» 3dje »	3,5 + 8,5
» 4de »	3,5 + 9,5

Relativ Mathed ganske uforandret. Horisontalfure 9,5.

$^{9}/_{7}$. Afdämpningsgränser:

i 2det Interkostalrum:	2¾ + 5,5	
» 3dje »	3 + 7¾	
» 4de »	2,5 + 11 (?)	(Tympanisme)
» 5te »	1¾ + ?	»

Horisontalfure 9,5. Relativ Mathed uforandret.

$^{21}/_{7}$. Ingen Ödemer; ingen Veneudvidning, ingen Venepuls. Overordentlig meget bedre.

Afdämpningsgränser:

i 2det Interkostalrum:	2 + 5,5
» 3dje »	3 + 8
» 4de »	2¾ + 9
» 5te »	2¼ + 9

Horisontalfure 10. Relativ Mathed stadigt fra venstre Sternalrand og 3dje costa.

Der har vistnok her foruden Dilatationen af höjre atrium våret en Hydro-pericardium. (De meget fjerne Hjärtelyd, ictus' Svinden, Dämpningens Udsträkning helt op til jugulum,[1]) den stumpe Hjärtelevervinkel, den samtidige serõse Ansamling i bägge Pleurahuler og i abdomen.) Afdämpet Perkussion tillod särdeles smukt at fölge Sygdommens forskellige Faser; men skönt der intet klinisk påviseligt Emfysem var, så viste almindelig Perkussion under de meget skiftende Forhold en urokkelig relativ Mathed fra venstre Sternalrand og fra 3dje costa.

I Modsätning til disse Tilfälde, i hvilke en udtalt Forstörrelse af cor, särligt af h. atrium, ganske maskeredes for den relative Mathed, kunde jeg som ovenfor nävnt anföre en hel Räkke Tilfälde, i hvilke en intens relativ Mathed overskred Sternalranden mere eller mindre, uden at der ellers, trods lang Tids Observation, var et eneste Holdepunkt for en morb. cordis. Jeg har her hovedsagelig taget Hensyn til *höjre* Hjärtegränses Forhold, således som den präsenterer sig henholdsvis ved Perkussion med »Afdämpning» og ved almindelig middelstärk Perkussion. Det er, som gentagne Gange fremhävet, *särlig h. atriums* Begränsning udad, som belyses ved Totalbestemmelsen af Gränsen. En *Dilatation af höjre Ventrikel* giver sig derimod i og for sig kun i ringere Grad til kende ved Udrykning af höjre Hjärterand, der jo dannes af höjre atrium, og i Samklang hermed rykker heller ikke den »totale» h. Dämpningsgränse väsentligere udad. Man får herved en Forklaring for, at selv udtalte Dilatationer af höjre Ventrikel, således som de f. Ex. särlig findes ved ukompenserede Mitralfejl, jävnlig ikke röbe sig ved höjre Gränse. Derimod er der, hvad Dr. STRANDGAARD har en Fortjäneste af at have pointeret, en anden Retning, i hvilken Hjärtets Dimension fortrinsvis forõges, når höjre Ventrikel udspiles, *nemlig opad og tilvenstre*. Som Dr. STRANDGAARD angiver, er det FORGET, der först har påvist dette Forhold; han gör opmärksom på, at höjre Ventrikels nederste Rand, der hviler på diafragma, möder en naturlig Hindring for sin Udvidelse nedad og til höjre i dette, medens Udvidelsen lettere foregåer opad og til venstre, hvor Organet stöder til Lungerne. Korrektheden af denne Anskuelse har jeg jävnlig

[1]) Dette Symptom, som Overläge CLAUS HANSSEN fra Bergen på Basis af experimentelle og kliniske Undersögelser har fremhävet som ejendommeligt for Ansamlinger i Perikardiet (se Forhandl. på 1ste nord. Kongres for indvortes Medicin. Göteborg 1896, Nord. med. Arkiv, 1896, Tilläggshäftet, S. 24), har jeg flere Gange haft Lejlighed til at värdsätte som et godt Tegn, men skal her ikke närmere komme ind på Sagen.

haft Lejlighed til at konstatere, idet jeg ved Mitralfejl, især ved sådanne med Kompensationsforstyrrelse, ikke själdent uden andre Abnormiteter i Dämpningsfiguren, fandt Hjärtematheden dilateret udad i 2det venstre Interkostalrum.[1]) De Tal, jeg i min förste Afhandling anförte som normale for den *totale* Hjärtematheds Afstand fra linea med. i 2det venstre Interkostalrum, nemlig hyppigst 4½ a 5½, men svingende mellem 3½ og 6½ Cm., anser jeg endnu for väsentlig rigtige; ved ikke deform thorax vil et Tal på 7 eller derover altid väre meget mistänkeligt for mig og pege i Retning af dilatatio ventriculi dextri. Også dette kan jeg stötte ved kliniske Erfaringer. Når höjre atrium således bliver udvidet under en Svigten af Hjärtets Pumpeävne, så vil som gennemgående Regel også höjre Ventrikel väre udspilet in vivo, idet Stasen retrogradt fortplanter sig fra Ventrikel og gennem Forkammer og ud i Venerne; en primär isoleret Sväkkelse af h. Forkammer turde väre yderlig själden. Ved udtalt Dilatation af höjre atrium har jeg i Samklang hermed i Almindelighed også fundet en Forögelse af den totale Mathed i 2det venstre Interkostalrum. Som Exempel herpå kan jeg anföre mit Tilfälde 10. Her fulgtes Dimensionerne af höjre totale Gränse og af den opad til venstre smukt ad; bägge väre abnormt forögede under Asystolien; bägge rykkede de ind samtidig med Bedringen; derimod svigtede også for höjre Ventrikels Vedkommende ganske den relative, intense Mathed; under alle Sygdommens Faser vare dens Gränser uforandrede venstre Sternalrand og 3 costa, og det, skönt Emfysem manglede. — Hvor Atriet ikke er påviselig udvidet, er det naturligvis vanskeligere aldeles sikkert, bortset fra Perkussion, at erkende Dilatation af höjre Ventrikel klinisk; ved ikke kompenserede Mitralfejl er der dog så konstant en Dilatation af höjre Ventrikel, at vi i alvorligere Tilfälde kunne gå ud fra den som given; i sådanne Tilfälde, der jo klinisk bl. a. röbe sig ved en udbredt og stärk Hjärteaktion i Forbindelse med en dårlig Puls (MARTIUS) som Fölge af den udvidede höjre Ventrikels udbredte Beröring med Brystväggen, finde vi atter hyppigt den abnormt store Afstand af venstre Hjärtegränse opad, medens alm. Perkussion ingenlunde själdent lader

---

[1]) Ifölge DUNBAR (se BIERNACKI a. St.) skal endog *hele* venstre absolute Hjärtegränse kunne rykke udad ved udelukkende Forstörrelse af höjre Ventrikel; noget lignende angiver Dr. ANDRESEN (se Diskussionen fra 1ste nordiske Kongres for indvortes Medicin. H. T. 1896).

os i Stikken. Et Exempel skal her anföres: 11) Kvinde, 22 År, *meget* spinkel og mager (Mammillarcirkumferens 69, Höjde 170). *Lille*, men regulär *Puls; udbredt, stärk impetus cordis;* voussure. Ictus i 4de og 5te Interkostalrum lidt indenfor Papillen; präsystolisk frémissement. Präsystolisk Mislyd, Spaltning af 2den Lyd, Akcentuation af 2den pulmonalis. Ingen Venepuls.

Hjärtedämpning målte:	i 2det Interkostalrum:	$1^3/_4$ +	7
	» 3dje »	2 +	9
	» 4de »	2 +	10
	» 5te »	$1^1/_4$ +	9.

RAUCHFUSS's Mål: 11,5.

Trods manglende Emfysem relativ intens Mathed fra 3dje costa og venstre Sternalrand, absolut fra 4de costa og lidt udenfor Sternalranden. Jeg skal også anföre en Sektion som Stötte for, at den totale Mathed er en ganske anderledes solid Vejleder her end den almindelige relative: Hos en Mand med Dilatation af höjre Ventrikel og atrium in myocarditide viste Målet på Matheden i 2det venstre Interkostalrum sig at være 7 Cm., RAUCHFUSS's Mål 13. Det udtagne Hjärtes Bredde var 13,5 Cm.; Trikuspidalen målte 13,5, Pulmonalen 8,5, Mitralen 10,5, Aorta 8. Der var her ikke Tvivl om Dilatationen af hele höjre Hjärteafsnit; og dog atter her normale relative Gränser så vel opad som til höjre, uden klinisk eftervisceligt Emfysem. Se også Tilf. N:r 7, S. 41. Medens jeg således også for höjre Ventrikels Vedkommende har fundet den totale Mathed pålideligere end den almindelige, har jeg aldrig set det omvendte. Da nu under normale Forhold ikke själdent en udtalt relativ Mathed kan findes i 2det Interkostalrum lige ved sternum, så ser jeg ikke rettere, end at det jävnlig må falde ganske overordentlig svärt, for ikke at sige umuligt, at vurdere Betydningen af dette Fänomen.

Men selv om jeg tror at kunne hävde, at den »totale» Mathed er en langt sikrere Målestok for Bedömmelsen af cors Störrelse end den »relative», så har jeg dermed ikke ment og heller aldrig udtalt, at den afdämpede Perkussion var en ideal Metode, der med absolut Sikkerhed gav os enhver Oplysning om Hjärtets Dimensioner. Det fölger ligefrem af, at den kun giver os Projektionen af Hjärtets *Forflade*, og det tilmed til Dels på skrå Grund. Tvivlsomme Forstörrelser af Hjärtet, der heller

ikke *anatomisk* kunne vurderes med blot nogenlunde Sikkerhed, idet Dimensionerne falde indenfor det normale Gennemsnit, ere ikke tilgängelige for den, lige så lidt som for nogen som helst anden Undersögelse. Da der ikke gives nogen skarp Gränse mellem normalt og abnormt, og da individuelle Fluktuationer i Hjärtets Störrelse göre sig gäldende, må man for at gå nogenlunde sikkert sätte Normens Maximaltal så höjt, at utvivlsomt lettere Dilatationer ikke själdent ikke röbe sig for Metoden. Derimod vil den som Regel vise os udtalte Forstörrelser af *höjre* Hjärte og det jävnlig i Tilfälde, hvor den almindelige Perkussion lader os i Stikken, särlig også ved Emfysem. Undtagelsevis kunne dog også udtalte Forstörrelser af h. Hjärte unddrage sig Metoden. I nogle Tilfälde beror dette på, at Afgränsningen overhovedet ikke lykkes; i andre, hvor det gälder Diagnosen af Dilatation af höjre atrium, kan man af og til, selv om Afgränsningen er lykkedes, få et normalt Tal; så vidt jeg kan se, beror dette på, at höjre atriums Volumenforögelse ved Udspilingens Begyndelse först foregår i Retningen forfra bagtil, d. e. höjre atriums Rand bliver tykkere; först ved den tiltagende Dilatation rykker den udad. Lige over for Erkendelsen af *venstre* Hjärtes Forstörrelse yder Metoden derimod ikke väsentlig mere end den almindelige Perkussion. Venstre atrium vender som bekendt helt bagtil; det afspejler sig derfor ikke i Projektionsfiguren af Hjärtets *Forflade*. Venstre Ventrikel vender kun fortil med en Brökdel af sin Overflade; dens Forstörrelse vil derfor kun ufuldständigt markeres på thorax, og den vil nok så meget röbe sig ved en Dislokation af Spidsen nedad og udad, som ved en Forläggelse af Dämpningens Gränse til venstre; den perkussoriske Bestemmelse af denne, i alt Fald i det apex närmest liggende nederste Afsnit, har i mine Händer altid, når der ikke var stärkt Emfysem, givet identiske Resultater, hvad enten jeg brugte almindelig eller afdämpet Perkussion.

Når jeg i hele denne Udvikling har sögt at vise, at den intense relative Mathed i semiotisk Värdi rangerer under den totale, så har det naturligvis hermed ikke väret min Mening at frakende den förste alt Värd. Tvärtimod; jeg erkender gärne, at den ikke själdent leder på rette Vej til Erkendelsen af en Hjärteforstörrelse, isär når denne er betydelig og der intet Emfysem er; jeg har jo selv i årevis benyttet den; men dens värste Skavanker ere efter min Erfaring dens uberegnelige Lune-

fuldhed og så dens Usikkerhed i Afgränsningen, en Usikkerhed, der er langt större end den, der frembyder sig ved den virkelige Gränse. Jeg selv skulde väre mere tilböjelig til, når jeg som Supplement (se nedenfor) vilde anvende almindelig Perkussion, at begränse mig til den »absolute» Mathed; selv om denne kun står i direkte Relation til Lungerandenes Forlöb [1]), — og efter Dr. STRANDGAARD's Undersögelser endog kun med ret ringe Nöjagtighed — så står den dog hyppigt også i indirekte Forhold til cors Störrelse, idet et stort Hjärte bringer Lungerandene til at retrahere sig; og så har den med alle sine Mangler en stor Fordel for den relative Mathed: den lader sig skarpt begränse; overalt, hvor den intenseste Dämpning i Präkordiet får tydelig större Lydstyrke, er dens Gränse; i de enkelte Tilfälde vil der vel kunne väre lidt Nuance i Dämpningens »Absoluthed»; men i alt Fald er der her en langt större Garanti for en väsentlig ens Opfattelse end ved den »intense relative» Mathed. BIERNACKI har da også for nylig [2]) ganske kastet Vrag på den almindelige relative Mathed og begränser sig i Tilslutning til BAMBERGER o. m. a. til kun at bestemme den absolute. Men ganske vist, hvor der er ét större Emfysem, svigter den helt.

Ikke alene for Diagnosen af Forstörrelse af cor overhovedet, men også for Erkendelsen af, om det er höjre eller venstre Hjärte, der er udvidet, tilskriver Dr. STRANDGAARD sin intense relative Mathed en stor Värdi; var höjre Hjärte alene eller fortrinsvis forstörret, rykkede Gränsen til höjre eller opad; skyldtes Forstörrelsen venstre Hjärte, forögedes Matheden til venstre; ved total Forstörrelse udvidedes Gränserne i alle Retninger; nogle tilsyneladende Uoverensstemmelser her mener Dr. STRANDGAARD at kunne bortforklare. Jeg deler nu selvfölgelig ikke disse Anskuelser bl. a. allerede på Grund af min Uenighed med Dr. STRANDGAARD om Diagnoserne for mange af Tilfäldene; men at Sagen ikke er så simpel, som han synes at formode, fremgår af et Par Iagttagelser, som BIERNACKI i sit oftere nävnte Arbejde har meddelt; her fandtes sammen med en betydelig Forstörrelse af venstre Ventrikel, medens höjre Hjärte aldeles ikke var forstörret, en intens Mathed, der nåde fra venstre Papil til 1 til 2 Fingersbred *til höjre* for sternum; Sektionen viste, at denne Mathed alene afhang af den ikke

[1]) Dette gör i övrigt også den intense relative Mathed.
[2]) Anf. Sted.

forstörrede *höjre* Ventrikel, der under Retraktion af Lungerandene var bleven *presset fortil* mod sternums og thorax's Bagflade af den kolossalt forstörrede, men väsentlig bagtil rettede venstre Ventrikel; ved sin Forögelse i sagittal Retning havde denne sidste med höjre Ventrikel som Mellemled om jeg så må sige bevirket en »Afdämpning» af sternum og costæ invendigfra; det er vel sandsynligt, at en Afdämpning udefra også havde givet en Gränse 1 à 2 Fingersbred til höjre for sternum og derved havde modvirket den fejlagtige Tydning. I den Slags Tilfälde vilde vel overhovedet kun en Kombination af afdämpet og almindelig Perkussion kunne lede på rette Vej; dog tör man efter min Overbevisning (se ovenfor) kun tillägge Dämpningen på sternum större Värdi, når den sträkker sig over hele sternums Bredde og er absolut. — At en Dislokation af venstre Gränse udad ikke altid er afgörende for Diagnosen dilatatio cordis sin., fremgåer af Anmärkningen Sid. 44.

Også Afdämpningsgränserne fandt Dr. STRANDGAARD i det hele og store ret vejledende for Bedömmelsen af, om höjre eller venstre Hjärte var det forstörrede. Ved afdämpet Perkussion fandt han dog 7 Tilfälde af *universel* Forstörrelse af cor, i hvilke *kun höjre*, ikke venstre Gränse var rykket ud. For Forklaringen af dette Forhold opstiller Dr. STRANDGAARD en Hypotese om, at Hjärtet mulig undertiden ligger mere til höjre end sädvanlig. En närmere Betragtning af Tilfäldene retfärdiggör imidlertid ikke denne originale Anskuelse; 1 af Tilfäldene, N:r 78, viste så vel anatomisk som (efter STRANDGAARD) perkussorisk Tal så när Normen, at dets Rangering mellem forstörrede Hjärter overhovedet er tvivlsom.[1]) Et andet af Tilfäldene, N:r 5, der kun viste en moderat Hypertrofi af cor, ingen Dilatation,[2]) må sikkert ligeledes regnes til de normale i Störrelse. Dr. STRANDGAARDS Tal 5,5 + 10 falde også indenfor *hans* Norm.

Blandt de resterende 5 viste 2, N:r 17 og 50, en *särlig* stärk Dilatation af *höjre* atrium; den förste af disse fremböd kun 1 Cm. Hypertrofi, ingen Dilatation af v. Ventrikel; der var altså her ingen särlig Grund til Dislokation af venstre Gränse; ved N:r 50, hvor Dilatationen af v. Hjärte kun var meget

[1]) Kvinde: Hjärtets Bredde 11, Längde 10,5. Mitral. 10, Tr.kasp. 12. Aorta og pulmonal. 7,5; v. Väg 10, h. 3. Afdämpningsmathed 6 + 10.
[2]) Hjärtets Bredde 10, Längde 9, v. Väg 15, h. 3.

moderat,[1]) heller ikke. I N:r 46 og 68 var der kun 5 Mm. Hypertrofi af venstre Ventrikel, ingen Dilatation; det samme var Tilfäldet i de 7de Tilfälde, N:r 61; i alt Fald vare her de venstresidige Ostiers Mål indenfor Normen.[2]) I alle Tilfäldene var der altså *höjest* en ringe Dilatation af venstre Ventrikel, og da Väggens Hypertrofi i intet Tilfälde forögede Tykkelsen med mere end 1 Cm., er det, selv ved normalt Leje af cor, let forståeligt, at Gränsen ikke rykkede ud.

Dr. STRANDGAARD er ikke enig med mig i, at Bestemmelsen af den totale Hjärtemathed byder bedre Holdepunkter for Vurderingen af en Hjärtesygdoms Forlöb end den almindelige Perkussions Resultater; han fandt vel ikke själdent ved bägge Metoder Svingninger i Mathedens Störrelse, der blev mindre eller större, eftersom der var Bedring eller Forvärrelse; men den intense relative Mathed reagerede for ham finest her. Jeg har gjort netop den omvendte Erfaring (se f. Ex. mit Tilfälde 10), og jeg deler ingenlunde Dr. STRANDGAARDs Anskuelser, når han på det her omhandlede Område så godt som overhovedet frakender Perkussionen praktisk Betydning under Henvisning til, at Puls, Ödemer, Diurese, Almentilstand o. s. v. ere langt bedre Vejledere. Selvfölgelig vil ingen Läge med blot et Lavmål af praktisk Erfaring undväre den Stötte, som netop de nävnte Momenter give ham for Vurderingen af en hjärtesygs Tilstand; stod Valget mellem *kun* at benytte enten dem eller Stetoskopi overhovedet, så vilde vel så godt som alle kaste Vrag på den fysikalske Undersögelse. Men heldigvis, det ene udelukker ikke det andet. Jeg kan forsikre Dr. STRANDGAARD om, at man ret jävnlig netop i det praktiske Liv kan få Brug for alle de Tegn, Semiotiken kan byde os; särlig når det gälder Vurderingen af en terapevtisk Indgriben, er Bedringen i Begyndelsen ofte så ringe og Patienternes Udsagn så uklare, at man må have så mange Momenter med som muligt, og her spiller efter min Formening netop den perkussoriske Bestemmelse af hele Hjärtets Forflade, specielt af dens höjre Gränse, en Rolle; jeg har ofte efter en Gymnastikséance eller efter et Kulsyrebad set netop denne Gränse rykke 1 til flere Cm. ind og har derved fået en Tvivl om deres heldige Indvirkning fjärnet. GRAINGER STEWART har for nylig (se Sem. méd. 1896, 5te Avgust)

---

[1]) Kvinde. Hj. Bredde 12, L. 11, Tr.kusp. 13, *Mitralen 11*, Aorta og pulmon. 8, v. Väg 13, h. 3.

[2]) Mand. Mitralen 10,5, Aorta 7,5. Venstre Väg 15 Mm.

også betonet Perkussionens Värd for at bedömme terapevtiske Virkninger ved Hjärtesydomme.

Dr. STRANDGAARD er ved Omtalen af Hjärtedämpningens vexlende Störrelse hos samme Individ også kommen ind på THEODOR SCHOTTS Undersögelser over akute Overanstrångelsers Indflydelse på normale Hjärter. Han omtaler först SCHOTTS »märkelige» Påstånd, at han ved afdämpet Perkussion har kunnet påvise Udvidelse af Hjärtedämpningen i alle Retninger på 2 à 2½ Cm. efter et anstrångende Arbejde på 1 til 2 Minutter; efter dernäst at have betonet, at den Tanke, at et sundt Hjärte skulde reagere så stärkt på en så kortvarig Anstrångelse, i og for sig er så stridende mod al sund Fornuft, at den näppe trånger til Gendrivelse, indlader han sig dog på en sådan, for så vidt som han har ladet et Par sunde Individer i et Par Minutter göre Gymnastik, indtil de bleve dyspnöiske. Resultatet var: ingen Forandring af Hjärtematheden. Jeg selv har på et Par veltrånerede Cykleryttere undersögt Hjärtematheden umiddelbart för og omtr. 10 Minutter efter et forceret Vädderidt på 1 Mil; også jeg fik negativt Resultat; men ikke desto mindre fölte jeg mig ingenlunde beföjet til, således som min unge Kollega, raskvåk at erklåre SCHOTTS Angivelser for absurde. Mine Forsögs ved det negative Resultat ringe Antal, Individernes gode Trånering og de 10 Minutter, der vare hengåede mellem Anstrångelsen og Observeringens Begyndelse, gjorde mig noget mere tilbageholdende, isär da jeg kendte TH. SCHOTTS Afhandling [1]) närmere, — hvad Dr. STRANDGAARD öjensynlig ikke har gjort. SCHOTT angiver nemlig ingensteds, at 1 à 2 Minutters anstrångende Arbejde (Brydning) influerer på normale Hjärters Dämpning; han betoner udtrykkelig, at det ikke er tilsträkkeligt, at Pulsens og Respirationens Frekvens foröges; der må have våret virkelig Dyspnö i nogle Minutter, förend Tegnene på den akute Hjärteudvidelse *begynde* at mälde sig. Hans Undersögelsesindivider brydes da også *en* hel *Räkke Gange*, Slag i Slag, i Perioder på indtil 10 Minutter, med kortvarige mellemliggende Hvilepavser, i hvilke Hjärtets sukcessive Dilatation konstateres. Särlig udtalt blev Virkningen, da han midt i Brydningsperioderne lod Individerne sammensnöre Taljen stärkt med en Rem. Hjärtedilatationen konstateredes i övrigt ikke alene ved afdämpet Perkussion, men også (af en anden Läge)

---

[1]) Zur akuten Überanstrengung des Herzens. Verhandl. d. IX Congr. f. innere Medicin zu Wien. 1890.

ved almindelig Perkussion; den konstateredes yderligere ved Dislokationen af ictus, der rykkede indtil 4 Cm. og mere udad; Pulsen blev ikke alene hurtig, men ved fortsat Brydning til Dels endog uregelmässig og filiform (Sfygmogrammer), medens der kom Cyanose og Synken af Blodtrykket (indtil 30 Mm. Kviksölv) målt med Sfygmomanometer). Lige over for disse facta smage Dr. STRANDGAARDS ovenfor berörte Udtalelser lidt af en Kamp med Vejrmöller — og af en let vunden Sejr over disse. Han kunde *höjst* have stillet sig *lidt* skeptisk ligeoverfor SCHOTTS Undersögelsesindividers *normale* myokardium, skönt man vel på Forhånd må tro denne, når han erklärer dem så vel anamnestisk som objektivt frie for ethvert Tegn på Hjärtelidelse.

Medens den afdämpede Perkussion jo ikke har fundet Nåde for Dr. STRANDGAARDS Öjne, ser han med lidt mildere Blikke på den interkostale Perkussions Resultater, hovedsagelig fordi den — ganske vist ved fejlagtig Brug — gav ham mindre Gränser. En ganske ejendommelig Grund til at foreträkke denne sidste har han dog ved Siden af; efter ham frembyder nemlig den interkostale Perkussion den »betydelige Fordel», at man ved et Pres med Plessimetret eller Fingeren kan afflade Interkostalrummene, hvor de ere hvälvede; man skulde herved blive i stand til at perkutere mere eller mindre i sagittal Retning selv på skrå, konvexe Partier af Brystkassen. Den »Fordel», Dr. STRANDGAARD lover sig heraf, turde dog väre ret illusorisk; han har näppe prövet på en sådan »Affladning» in vivo; det eneste, han vil opnå, er Patientens Protest mod »Indboringen» og så en mere eller mindre »tangential» Perkussion med dertil knyttet artificiel Dämpning på den väsentlig uforandrede Overflade. Så »modellerbar» er thorax virkelig ikke, selv ikke i Interkostalrummene.

Idet jeg slutter denne Afhandling, der ved Forholdenes Natur er kommen til at forme sig som en Kritik af Dr. STRANDGAARDS Arbejde, skylder jeg ham dog udtrykkelig at betone, at jeg i ovenstående väsentlig har måttet opholde mig ved dets efter min Formening mindre heldige Sider. Men selv om jeg ikke deler de 2 Prisdommeres, Proff. REISZ's og GRAMS, Mening om hans Arbejdes Värd, så er jeg ikke blind for, at jeg står overfor en ung Kollega med en ikke almindelig Energi og Begavelse. Som et särligt Fortrin ved hans Afhandling er det mig en Gläde at fremhäve dets gennemförte Konsekvens og så de oplysende Aftryk af Hjärtematheden, som han på en

sindrig Måde har overfört fra sine Blåkstiftstegninger på thorax. Jeg kan også indrömme Dr. STRANDGAARD, at der er *noget* berettiget i mange af hans Anker mod Totalbestemmelsen af Hjärtets Forflade; kun er han des värre, til Dels ved en uheldig Anvendelse af Metoden, kommen til at se Manglerne i Forstörrelsesglas, medens han lige over for den relative Matheds langt större Fejl har vendt Kikkerten om.

A priori skulde det ikke synes tvivlsomt, at, når man overhovedet kan bestemme Projektionsfiguren af hele Hjärtets Forflade, så må der i alt Fald väre vundet *noget* i Sammenligning med det, den äldre Metode gav; ti hvad enten vi anvende den afdämpede, den interkostale eller PETERSSONS lette Perkussion, så eliminere vi ved disse en Fejlkilde, med hvilke den almindelige Perkussion arbejder. Denne Fejlkilde, Brystskelettets og Lungernes yderst vexlende Svingningsävne, med den dertil knyttede variable Maskering af Gränserne, lader sig aldeles ikke beregne i sine Virkninger; den gör endog jävnlig betydelige Forstörrelser af de Hjärteafsnit, der vende fortil, utilgängelige for Perkussionen. Ved Bestemmelsen af Hjärtets totale Mathed ere vi ikke således henviste til at slutte fra en *tilfäldig Brökdel* af Hjärtets Forflades Projektionsfigur.

Selv om det må indrömmes, at denne sidste ikke giver os väsentlig bedre Oplysning om de mere bagtil rettede Dele af Hjärtet end den almindelige Perkussion, selv om det må anerkendes, at Projektionsfiguren af Hjärtets Forflade ikke på alle Punkter og altid er identisk med Hjärtets Forflade, så betegne »Totalmetoderne» utvivlsomt et Skridt fremad på Explorationsteknikens Område. Når min lärde Kollega föler sig foranlediget til, med et Citat af BACO, at råbe Vagt i Gevär mod dette Fremskridt, må jeg dog — med al Anerkendelse af *berettiget* Skepsis — göre ham opmärksom på, at man ved at have »for meget Bly i Tanken» let bliver en laudator temporis acti; og det vilde hverken passe for hans ubestridelige Dygtighed eller for hans Alder.

Stockholm 1897. Kongl. Boktryckeriet.

Nordisk medicinsk literatur från 1896.

Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi: EDW. CLASON: Om lungorna och sinus pulmonum hos människan. — R. BERGH: Symbolæ ad cognitionem genitalium externorum foemineorum. II. — I. AUG. HAMMAR: Ueber einen primären Zusammenhang zwischen den Furchungszellen des Seeigeleies. — I. AUG. HAMMAR: Om förekomsten af ett primärt protoplasmatiskt sammanhang mellan äggets klyfningsceller.

EDW. CLASON: **Om lungorna och sinus pulmonum hos människan.** Upsala läkareför. förh., ny följd, bd 1, s. 448.

Förf. anser benämningen *sinus pulmonum* berättigad för den fördjupning, till hvilken hilus pulm. bildar porten, och i hvilken bronkerna och kärlen undergå sin första förgrening, innan de inträda i lungsubstansen. Denna grop nästan försvinner på uttagna och sammandragna lungor, hvilka befinna sig i elastiskt jämnviktsläge, men finnas under lifvet, likasom de fullt tydligt framträda på preparat, torkade efter BRUNETTIs metod.

Sin skildring af lungornas sinus inleder förf. med en öfversikt af angränsande lungdelars yttre anatomiska förhållande. Jämte en kritik af den hithörande nomenklaturen, som han anser delvis vilseledande och otillräcklig för en rätt uppfattning af lungans form och läge. Han föredrager benämningen fissura för incis. interlobaris och beskrifver dessa fissurers utbredning samt de af dem skilda lunglobernas form- och storleksförhållanden, hvarjämte han beriktigar ytprojektionen af dessa fissurer, speciellt af högra lungans fissura brevis. Äfven formerna för de s. k. sekundära fissurerna granskas till sin utbredning och uppkomst å människolungor. Fiss. diaphragmatica, som på högra lungan lateralt begränsar bronchus cardiacus och hos däggdjuren är mycket vanlig, skiljande lobus infracardiacus, har han på 11 lungpreparat från fullvuxna kvinnor funnit 6 gånger, och därvid samtidigt å motsvarande ställe på vänstra lungan 4 gånger; då denna fissur saknades på samtliga tillgängliga barn- och manliga lungor, anser förf. troligt, att dess förekomst står i samband med hopsnöringen af nedre bröstkorgen genom hårdt åtdragna kjolband och snörlif. Att fissura brevis sinistra oftast saknas, beror på sekundär sammanlödning. Att fissurerna för öfrigt till läge, form och djup äro beroende af bronkialträdets förgreningar och ej af lungformen, därför lemnar han bevis hemtade från till for-

men förändrade lungor tillhörande bröstkorgar med kyfos och skolios. Fissurernas funktionela betydelse anser förf. otvifvelaktigt vara den, att tillåta fri förskjutning af skilda lungdelar emot hvarandra vid rörelser, som medföra en förändrad krökning af ryggraden i bröstregionen. Lungornas uppdelning i lober skulle sålunda vara beroende af ryggradens större eller mindre böjlighet. I samband härmed granskar förf. den komparativa anatomiska literaturens uppgifter om lungornas lobering hos däggdjuren och finner med ledning af tillgängliga lungpreparat bekräftelse på denna sin åsikt om fissurernas funktion. Efter närmare granskning af handböckernas uppgifter om förekomsten af oloberade lungor anger han, till belysande af detta sammanhang, en öfversiktlig indelning af däggdjuren med loberade lungor uti fyra grupper. Invändningen att fissurerna redan uppstå under en så tidig period af fosterlifvet, då omöjligen ryggradsrörelse kunna framkalla dem, besvarar förf. med hänvisning till »efterlämpningen» och ärftligheten samt möjligen beroende af den ventralt konkava kroppsställningen under uterina lifvet.

Hilus pulmonis är till omkretsen närmast att likna vid ett halft korthjärta med spetsen nedåt och den raka delningslinien motsvarande dess bakre rand. Sinus' läge är dorsolateralt om hilus och vidgas, i synnerhet nedåt, mot sin botten. Dess väggar likasom dess botten äro mer eller mindre ojämna af de rundade ändtapparna på inskjutande lunglobuli, mellan hvilka luftrörs- och kärlgrenarna ingå i lungväfnaden. En del af dessa tappar förena sig i hvardera sinus på dess botten och främre vägg till en kullrig ås, som uppdelar botten i tvänne gropar, en öfre och en undre, — påminnande om den midtås af barksubstans, som delar njurens sinus i en öfre och en nedre del. En närmare beskrifning lemnas å öfre djupdifferenserna för vänstra och högra lungans sinus samt öfver de i sinus, i hilus och radix pulmonis ingående olika bildningarnas förgreningar och relativa topografi. De morfologiska orsakerna till de för båda lungorna gällande hit hörande olikheterna härleder förf. därifrån, att högra lungan ligger närmare ryggraden och medianplanet än den vänstra, att trachea vid sitt delningsställe vanligen ligger med sin midtaxel något till höger om medianplanet, samt att art. pulmonalis hel och hållen ligger till vänster om samma plan. Att i enlighet med AEBYs skema öfver bronkialträdet hos människan fastslå första högra bronkgrenen såsom eparteriel i motsats mot de öfriga i båda lungorna såsom hyparteriela, därtill anser han skilnaden i lägeförhållandet vara altför obetydlig, likasom det ej kan vara berättigadt att härpå stödja den homologi mellan bronkernas grenar samt de däraf uppburna loberna, som detta skema lemnar. Lungvenernas egendomliga, ytliga anordning utefter sinusväggarna anser förf. ega betydelse att främja det venösa blodets återströmmande från lungan till hjärtat, likasom sinusgroparnas förstoring vid hvarje inspiration vidgar venerna och sålunda insuger blod från den omgifvande lungväfnaden: mediastinalhålan med sitt negativa tryck kommer att omfatta det mest centrala partiet af lungan, dess sinusgrop.

Rörande en mängd öfriga detaljer af stort intresse får jag hänvisa till afhandlingen.

Alb. Lindström.

R. BERGH: **Symbolæ ad cognitionem genitalium externorum foemineorum. II.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 1053.

Denne Meddelelse er en Fortsättelse af det under samme Titel som I. Afdeling i samme Tidsskrifts R. 4, Bd 2, S. 825—837 offentliggjorte Arbejde, der har väret refereret her i Arkivet.

I Afdeling II, som her skal refereres, begynder Forf. med nogle korte Bemärkninger om Homologien mellem den kvindelige og den mandlige urethra. Dernäst beskriver han först vestibulum og Nymferne, hvorved han stötter sig på et meget stort Materiale af Undersögelser fra de ham underlagte Hospitalsafdelinger (omtr. 3000 Individer undersögte); foruden normale morfologiske Forhold omtales også de fundne Afvigelser indgående. Endelig omtales hymen og de hymenale Karunkler under samme Synspunkter; for Karunklernes Vedkommende går han også ind på deres Udvikling og deres deraf fölgende retsmedicinske Betydning.

Ditlevsen.

I. AUG. HAMMAR: **Ueber einen primären Zusammenhang zwischen den Furchungszellen des Seeigeleies.** Arch. f. mikr. Anatomie, bd 47, 1896.

H. studerade sjöborräggets utveckling. Han fann då, att klyfningscellerna i lefvande tillstånd äro omgifna och sammanhållna af ett fint, hyalint, gemensamt plasmalager, som framträder omkring den korniga protoplasman såsom en tunn linie. Denna ektoplasmatiska membran lät sig påvisa från det befruktade, oklufna äggets stadium ända in i blastula- och gastrula-stadierna. Den var alltid väl skild från befruktningshinnan. Äfven uti fixerade och färgade preparat (sublimat, HEIDENHAINs järnhematoxylin) framträdde detta skikt. Förf. tillskrifver det samma en viss utvecklingsmekanisk betydelse, varande uttrycket för det sammanhang mellan klyfningscellerna, som åtskilliga forskare antaga vid den normala äggklyfningsprocessen vara för handen.

E. M.

I. AUG. HAMMAR: **Om förekomsten af ett primärt protoplasmatiskt sammanhang mellan äggets klyfningsceller.** Upsala läkareför. förh., ny följd, bd 2, s. 47.

H. meddelar här resultaten af sina fortsatta undersökningar af det ektoplasmatiska lager, som han först studerat vid sjöborräggets utveckling. Han har därvid kunnat konstatera ett liknande protoplasmatiskt sammanhang mellan klyfningscellerna i ägg, tillhörande de olika evertebratgrupperna. Klyfningscellerna äro omgifna af en fin konturlinie, som af förf. uppfattas såsom en ektoplasmatisk membran. Uti vissa ägg låter denna bildning sig påvisa ända in i gastrulastadiet. Äfven uti kaninens vesicula blastodermica finner han en dylik fin membran, förenande såväl ektoderm- som entodermcellerna. På grund af de gjorda fynden anser H. såsom sannolikt, att ett protoplasmatiskt sammanhang mellan cellerna kvarstår vid hvarje normal äggklyfning.

E. M.

Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi: TOIVO FORSSTRÖM: Atresia oesophagi-tapani. (Ett fall af atresia œsophagi.) — R. FALTIN: Bidrag till frågan om vägarna för bacterium coli commune's inträngande i blåsan. Försök till frågans experimentela lösning med speciel hänsyn till möjligheten af en direkt genomvandring från rectum. — TAAV. LAITINEN: Lisiä bakterikemiallisten tutkimusten alalta. — TAAV. LAITINEN: Sananen muutamista bakteriotoksiineista ja niiden vaikutuksista hermostoon.

TOIVO FORSSTRÖM: **Atresia oesophagi-tapani. (Ett fall af atresia oesophagi.)** Duodecim n:r 4, s. 85. Med 2 taflor.

Förf. har obducerat ett 11 dagar gammalt barn, som under sin lifstid ej förmådde svälja någonting. Kroppen mycket afmagrad, normalt utvecklad, utom œsophagus, som var delad i 2 fullkomligt från hvarandra skilda delar, af hvilka öfre delen var 3 cm. lång och 1 cm. i diameter; denna öfre del med sina normalt utvecklade väggar bildade en fortsättning till pharynx och bildade nedåt en tillsluten säckbotten, 2 cm. ofvanom tracheas bifurkationsställe i jämnhöjd med 11:te broskringen. Det rudimentära nedre partiet var 5 cm. långt och 2 till 3 mm. i diameter. I dess tunna vägg fans endast det longitudinela muskellagret; det cirkulära muskellagret saknades totalt. Oesophagi nedre del genomborrade diafragmat på vanligt sätt och öfvergick i cardia, och dess öfre ände kommunicerade med trachea, på hvars bakre vägg man kunde följa longitudinela muskelfibrer ända till larynx. Ventrikelslemhinnan normal, betäckt med grönaktigt slem. I tarmarna rester af meconium af vanlig färg. Ventrikeln och tarmarna innehålla luft i betydlig mängd. Urinsekretionen under lifstiden ytterst liten.

Taav. Laitinen.

R. FALTIN: **Bidrag till frågan om vägarna för bacterium coli commune's inträngande i blåsan. Försök till frågans experimentela lösning med speciel hänsyn till möjligheten af en direkt genomvandring från rectum.** Akademisk afhandling. Helsingfors 1896, 143 s. och 1 tafla.

Sedan den vanliga tarmbakteriens betydelse för urinvägarnas patologi blifvit ådagalagd, uppstod helt naturligt den tanken, att under vissa omständigheter en infektion af urinvägarna kunde utgå från tarmkanalen. WREDEN antog på grund af sina djurförsök, att en direkt genomvandring af tarmbakterier från rectum till blåsan med konsekutiv cystit redan efter lätta lesioner af recti slemhinna kunde komma till stånd. POSNER och LEWIN åstadkommo hos kaniner genom sutur af anus en konstgjord obstipation och konstaterade efter detta ingrepp en formlig öfversvämning af blodmassan med tarmbakterier, hvilka under vissa förhållanden kunde passera njurarna och sålunda infektera urinvägarna. En genomvandring af bakterier genom blåsväggen, väl ej från tarmen, men från en intra- eller extra-peritoneal infektionshärd i

blåsans närhet antogs slutligen af REYMOND på grund af kliniska och experimentela rön såsom möjlig.

I föreliggande, rent experimentela arbete har förf. i främsta rummet studerat betingelserna för en direkt genomvandring af tarmbakterier från rectum till blåsan, enligt WREDEN, men därjämte äfven anstält försök i ändamål att kontrollera de resultat, till hvilka POSNER och LEWIN samt REYMOND kommit. I en första serie djurförsök anlades, enligt POSNER och LEWIN, sutur af anus för 16 à 20 timmar, hvarjämte i en del fall äfven rectum lederades genom kemiska eller mekaniska irritament, samt diverse bakteriekulturer injicierades i rectum. Såsom resultat af dessa försök framgick, att bakterier ej resorberas från en tarm, som utsättes för en öfvergående obstipation, med mindre i följd af ingreppet nekros af tarmen uppstår med öfvergång af bakterier till peritonealhålan och därifrån till blodmassan. Undersökningar, som förf. härefter anstälde öfver njurarnas permeabilitet för cirkulerande bakterier samt öfver kantharidinets förmåga att predisponera urinvägarna för en infektion, gåfvo vid handen, att ganska stora mängder tarmbakterier kunna cirkulera i blodmassan utan att passera njurarna; samt att genom kantharidin njurarna lätt kunna göras permeabla för bakterier, hvaremot blåsan genom detta medel icke med säkerhet kan göras mottaglig för infektion.

Efter dessa förberedande undersökningar kommer förf. till hufvudfrågan: rectumlesionernas betydelse för cystitens etiologi. För utredande af denna fråga har förf. anstält en stor mängd djurförsök. Försöken anordnades, enligt WREDEN, sålunda, att rectum skrapades med en skarp hake eller lederades genom injektion af krotonolja. Oaktadt ganska stora lesioner anbragtes kunde aldrig i anslutning till de samma bakterier i urinen uppvisas, än mindre uppträdde en cystit. Om däremot lesionen af rectum kombinerades med en lesion af blåsan, framkallad genom konstgjord retention (penisligatur), kunde nästan konstant bakterier vid lösandet af ligaturen uppvisas i urinen. Bakteriehalten tilltog i allmänhet, då djuret blev vid lif; under de följande dagarna och i en del fall uppstod en verklig cystit. Blodundersökningarna gåfvo samtidigt negatift resultat, hvarföre en direkt genomvandring af bakterier måste anses sannolik, för så vida icke till äfventyrs blåsan infekterats genom de i urethra, proximalt från ligaturen, förefintliga bakterierna.

För att utröna penisligaturens inflytande i detta afseende har förf. anstält en särskild serie försök med enkel ligatur af penis. Dessa försök gåfvo vid handen, att ligaturen *kan* ensam för sig framkalla en infektion af blåsan, men att detta dock, efter endast 1 gång företagen ligatur, ganska sällan inträffar. Rectumlesionernas rol vid uppkomsten af infektionen i de tidigare försöken kan därföre ej gärna betviflas, så mycket mindre som vid några försök främmande bakterier, särskildt bacillus pyocyaneus, injicerats i rectum och efter lösande af ligaturen återfunnits i blåsan. För en direkt genomvandring talade äfven resultatet af den mikroskopiska undersökningen af recto-vesicalväggen. — På grund af de felkällor, som vid dessa undersökningar kunna i fråga komma, anser förf. dock, att det fullt bindande beviset för en direkt genomvandring af bakterier från rectum till blåsan ännu ikke preste-

rats. Dessa felkällor hade af tidigare författare på detta område icke tillräckligt beaktats, hvarföre deras resultat med en viss försiktighet måste upptagas. Detta gäller, enligt förf., särskildt om REYMONDs undersökningar.

Ali Krogius.

TAAV. LAITINEN: **Lisiä bakterikemiallisten tutkimusten alalta.** (Bidrag till bakteriekemiska undersökningar.) Duodecim n:r 1, s. 3, 1896. Med 3 tabeller.

Förf. har i hygieniska laboratoriet i Marburg under ledning af prof. BEHRING anstält experiment, huruvida följande bakterier: bacillus anthracis, bac. pyocyaneus, bac. typhi abdominalis, kolerabacill., difteribacill. och bacterium coli commune, odlade i vanlig peptonbuljong, producera alkali eller syra. Kulturerna hafva blifvit anlagda på samma sätt, och fått växa i 37° C. Alkali och syramängden har bestämts genom titrering. Som titreringsvätska hafva användts $\frac{N}{10}$ normalsvafvelsyra och $\frac{N}{20}$ sodalösning. Som indikator en het vattenlösning af rosolsyra. Titreringen har verkstälts under en tid af 33 dagar. Under de första 6 dagarna har han titrerat dagligen, därefter hvarannan dag, senare efter längre mellantider.

Innan kulturerna anlades, innehöll buljongen en grad af alkalescens, motsvarande 10 cm^3 normalsodalösning på 1000 cm^3 buljong.

Med undantag af bac. anthracis och difteribac. har alkalimängden under de första dagarna stigit, så att den under 7:de till 9:de dygnet varit högst och därefter småningom aftagit. Den af bac. anthracis framkallade syramängden har stigit och varit högst under 3:dje till 4:de dygnet; därefter har alkalimängden börjat att tilltaga. Alkalimängden, framkallad af difteribacillen, har i början stigit och varit högst under 13:de dygnet och därefter visat en egendomlig periodicitet, med alternerande höjningar och sänkningar af alkalimängden.

E. A. Homén.

TAAV. LAITINEN: **Sananen muutamista bakteriotoksiineista ja niiden vaikutuksista hermostoon.** (Bidrag till kännedomen om några bakterietoxiner och deras inverkan på nervsystemet.) Akademisk Afhandl. 1896.

Förf. har med prof. E. A. HOMÉN anstält jämförande undersökningar angående streptococcus' och dess toxins inverkan på nervsystemet. För framställande af toxinet har användts streptococcus, som prof. HOMÉN vid sina försök under en längre tid ympat från kanin till kanin, och som var så virulent, att 0,10 cm^3 af dess 24 timmar gamla buljongkultur ofta dödade en kanin på en eller ett par dagar.

För erhållande af toxin har han under förloppet af 5 till 25 dagar odlat streptococcus i buljong, som innehållit 3 % pepton, 2 % glycerin och 0,3 % koksalt i 37° C. Efter denna tid har kulturen utfälts med ammoniumsulfat, amylalkohol, eller med dessa båda ämnen tillsammans. Det renaste och mest verksamma toxinet har erhållits med amylalkohol. Den sålunda erhållna fällningen har torkats och därefter

blifvit upplöst i en 0,5 % koksaltlösning; denna lösning har blifvit steriliserad i 65° till 70° C. Toxinet har varit så starkt, att 10 till 15 mgm däraf har dödat en vanlig kanin på några dagar. Med detta toxin har han kunnat immunisera kaniner mot mycket stora doser af ofvan nämnda virulenta streptococcus.

Denna toxinlösning har han sedan insprutat i nervus ischiadicus eller i ryggmärgen så aseptiskt som möjligt. Sålunda har uppstått paresier och äfven förlamningar.

Vid makroskopisk undersökning ha nerverna visat sig vara gråare och i färskare fall äfven tjockare än normala nerver.

För mikroskopisk undersökning ha nerverna och ryggmärgen blifvit härdade antingen i Müllers vätska eller i Zenkers lösning.

Vid mikroskopisk undersökning har han kunnat påvisa alterationer i den insprutade nerven genom hela dess längd, rötter, spinalganglier samt äfven i ryggmärgen. Förändringarna i de mera akuta fallen ha företrädesvis iakttagits i nervgenomskärningarnas perifera delar, och i ryggmärgen äfven ofta i genomskärningarnas perifera delar samt i närheten af septa, i synnerhet det bakre septum. Förändringar ha äfven iakttagits i främre hornens ganglieceller. På ofvan nämnda ställen i ryggmärgen ha blödningar förekommit ganska ofta. Streptococcustoxin och lefvande streptococcus hafva framkallat ungefär likadana och på samma sätt lokaliserade förändringar i nervsystemet.

Förf. har gjort dylika försök äfven med pneumococcustoxin och difteritoxin, och resultaten hafva gått ungefär i samma riktning.

E. A. Homén.

Speciel patologi och terapi: LEEGAARD: Nevrologiske Meddelelser XI. Bidrag til Lären om den arvede psykiske Degeneration. — H. I. VETLESEN: Sympatikusnevrose. — SIGURD MADSEN: Om Klorose og dermed beslägtede Sygdomme. — PETER F. HOLST: Om den akute tuberkulöse Pnevmoni. — ARBO: Nogle Tanker om Tuberkulosens Årsagsforhold og Hyppighed i Lister og Mandals Amt. — R. SIEVERS: Två fall af morbus Weilii. — JARL HAGELSTAM: Om den subakuta och kroniska serösa peritoniten. — KRAGELUND: Urinsyrediatesens atypiske Form. — F. LEVISON: Om Behandlingen af Gigt (arthritis urica) og särlig af denne Sygdoms kroniske Former. — I. JUNDELL: Om Serumdiagnos af tyfoidfeber. — F. TOBIESEN: Et Tilfälde af perforerende Tarmsår efter en Forbränding. — SÖRENSEN: Tænia cucumerina hos Börn. — MICHELSEN: Fluelarver i Tarmkanalen som Årsag til kronisk enteritis. — H. HEIBERG: Opbräkning af Galdesten. — SCHEEL: Galdesten afgået ved Afföringen. — BLUME: Anuri ved Lithiasis-Obturation af bägge Ureterer.

LEEGAARD: **Nevrologiske Meddelelser XI. Bidrag til Lären om den arvede psykiske Degeneration.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1896, S. 770—822.

Forf. gennemgår den historiske Udvikling af vort Kendskab til den psykiske hereditäre Degeneration samt Spörgsmålets nuvärende Stilling i Frankrig, Tyskland, England og de nordiske Lande.

Specielt henleder han Opmärksomheden på det meget fortjenstfulde, men lidet kendte Arbejde af afdöde Medicinaldirektör LUDVIG DAHL: De Sindssyge i Norge, 1859.

Forf. meddeler Oplysninger om 15 Familier, i hvilke Sindssygdomme hyppig forekommer. Over 11 af dem leverer han genealogiske Tabeller.

Forf. gennemgår den intellektuelle habitus af disse Familier i Almindelighed, undersöger derefter de specielle abnorme Karakterer og särlig de Sindssygdomsformer, der forekomme i samme.

Selvmord har forekommet temmelig sjelden, Forbrydelser kun i et eneste Tilfälde. Alkoholisme ligeledes sjelden. Flere af de i Betragtning kommende Individer tåler hverken Alkohol, Kaffe eller Tobak, ét er i mere end almindelig höj Grad udsat for Sösyge, et andet kunde ikke på nogen Måde tåle koldt Vand, idet der efter en kort Indvirkning af dette fremkaldtes Karkrampe af truende Karakter.

Nervesygdomme, Rakit, Arthritis, Tuberkulose, Alopecia areata, Iktyose, ydre Deformiteter er ligeledes, men sjeldne tilstede.

Degenerationens Årsag synes at ligge i den indbyrdes Forbindelse mellem belastede Familier; i flere Tilfälde kan Sporet fölges iudtil 7 Slägtsled bagover. Propagationen finder Sted efter de vanlige Love, en eller flere Led kan väre immune, ligesom Familien kan indeslutte et vist Antal friske Individer. Det synes således ikke, som om Degenerationen altid er fremadskridende, og at denne eller hin Slägt er viet til Undergang. Tvärtimod, der gives dem af disse Slägter, som indeslutter adskillige distinguerede Medlemmer og hvis Afkom snarere til-

end aftager. Det må i det hele anses som sjelden at en Slägt uddör på Grund af progredient Degeneration inden samme.

Laache.

H. I. VETLESEN: **Sympatikusnevrose.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1896, S. 711—726.

Det iagttagne Tilfälde angik en ugift 30 År gl. Kvinde, hos hvem de tilstedevärende Symptomer pegte på en Hjertelidelse, enten alene eller i Forbindelse med Nyreaffektion, specielt en Granuläratrofi.

Efter kritisk at have gennemgået Symptombilledet kommer Forf. til det Resultat, at vigtige Grunde taler mod Antagelsen af en organisk Lidelse, enten af Hjertet eller af Nyrerne. En langt plausiblere Forklaring finder han i Tilstedevärelsen af en Nevrose, specielt en Affektion af sympathicus.

Diagnosen stöttes på fölgende Argumenter:

Hjertesymptomerne var inkonstante i sin Opträden, syntes snart at pege på Hypertrofi, snart på en Klappelidelse, for sluttelig at forsvinde ganske. I övrigt optrådte de i Almindelighed i Paroxysmer, der ofte fremkaldtes af Sindsbevägelse.

Urinens Forhold kunde neppe forenes med Tilstedevärelse af Skrumpeller Stasenyre. Den indeholdt ikke Cylindre, derimod en ringe Mängde Äggehvide, hvis Tilstedevärelse kunde forklares af en Affektion af det vasomotoriske Nervesystem, jfr. MARIEs Hypotese for disse Tilfälde af »cyklisk Albuminuri».

Anfald af pseudo-angina pectoris, irradierende Smerter i Epigastriet peger i samme Retning. Pat. led desuden under sit Ophold på Hospitalet af habituel Dysmenorrhoe samt Anfald af Migräne, end videre af generelle nervöse Symptomer, umotiveret Gråd o. s. v.

Som Stötte for Diagnosen anförer Forf. også Resultatet af Behandlingen.

Så godt som alle Symptomer svandt efter subkutane Indspröjtninger först af »liquide cérébral», derefter af phosphas natricus.

Laache.

SIGURD MADSEN: **Om Klorose og dermed beslägtede Sygdomme.** 233 Sider. John Griegs Forlag, Bergen, 1896.

Klorosens Sygdomsbegreb har vexlet ned gennem Tiderne, og Grunden hertil må söges i den Omständighed, at der ikke har hersket Klarhed over Sygdommens sande Natur og Väsen. Gennem Studiet af vor Tids Arbejder på Hämatologiens Område og gennem selvständige Undersögelser angående Klorosen og samme närstående Sygdomstilstande har Forf. sögt at vinde större Klarhed over disse Sygdommes Natur.

Ved Hjälp af de Resultater han i så Henseende har vundet, har han forsögt videnskabeligt at bestemme Klorosens Sygdomsbegreb, for derved at blive i Stand til at opträkke Gränserne mellem den egentlige Klorose på den ene Side og flere af de i fjärnere eller närmere Slägtskabsforhold til samme stående sygelige Tilstande på den anden. Ved såvidt muligt omhyggelig Undersögelse af Sygdommens ätiologiske

Forhold har han dernäst sögt at skaffe en solid Basis for en rationel profylaktisk Terapi.

Nedenfor skal leveres et kort Resumé af Bogens Indhold. Efter i 1ste Kapitel at have givet en Oversigt over *Klorosens Historie* behandles i det 2det Kapitel Sygdommens Begreb. Efter Forf:s Opfatning betegnes *Klorosen bedst som en primär Anämi med som Regel temmelig konstante Forandringer i Blodet. Sygdommen angriber särlig Kvinden i Udviklingsaldern uden dog at väre absolut bunden til denne Alder og til det kvindelige Kön.* Den er begrundet dels i en medfödt eller tidligt erhvervet Disposition, dels i en vis, särlig i Udviklingsalderen tilstedevärende Svaghedstilstand i de bloddannende Organer, dels endelig i udenfra virkende skadelige Potenser, som isär i denne Alder kan göre sig gäldende.

I 3dje Kapitel omtales de af Forf. anvendte *Undersögelsesmetoder*.

I 4de Kapitel behandles *Symptomatologien*. Forf. söger at vise, at Symptomerne fra de forskellige Organer har sin naturlige Grund i den ved det hämoglobinfattige Blod forårsagede slette Ernäringstilstand, hvori respektive Organer befinder sig. Han har gjort de dyspeptiske Symptomer til särlig Genstand for Undersögelse. Han har hyppigst fundet Hyperaciditet resp. Hyperklorhydri; i nogle få Tilfälde normale tremiske Forhold; hos flere fandtes Symptomer på en katarralsk Tilstand af Ventrikelslimhinden; ligeledes fandtes i flere Tilfälde Atoni af Mavesäkken, men kun undtagelsesvis en Antydning til virkelig Dilatation; endelig fandtes i et Par Tilfälde abnorme Gäringstilstande. De ved Klorose forekommende dyspeptiske Symptomer, mener Forf., er fra först af af rent funktionel Natur; ved gentagen Recidiveren af Sygdommen kan der efterhånden forårsages strukturelle Forandringer såvel af Ventrikelens sekretoriske som af dens motoriske Apparat.

Urinen har Forf. gentagne Gange fundet at väre af forholdsvis höj specifik Vägt og kraftig farvet, medens den efter Lärebögerne almindelig beskrives som lys og af abnormt lav spec. Vägt. I flere Tilfälde har han fundet en let Albuminuri, som muligens kan sättes i Forbindelse med lette degenerative Tilstande i Urinkanalernes Epitel.

Hvad *Blodet* angår så må det anses som sikkert, at der i nogenlunde udtalte Tilfälde af Sygdommen findes både *Oligocytämi* og *Oligokromämi*, om end sidste altid i overvejende Grad; desuden findes nästen altid et ofte ganske betydeligt Antal små og svagt farvede röde Blodlegemer samt ofte talrige Blodplader eller Hämatoblaster (HAYEM); sjeldent findes abnormt store röde Blodlegemer og overmåde sjeldent kärneholdige röde Celler.

Poikilocystose er et hyppigt Fund. Blodets spec. Vägt fölger som Regel Hämoglobingehalten.

De *hvide Blodlegemer* viser sjeldent nävnevärdige Afvigelser fra det normale. De i de röde Blodlegemers stroma påviste degenerative Forandringer (EHRLICH, FR. H. MÜLLER, MARAGLIANO & CASTELLINO) er efter Forf:s Mening for Tiden neppe af karakteristisk Betydning for Klorose, da de kan findes i Anämier af forskellig Art. —

Forf. behandler derefter en Del kloroselignende Tilstande, som han träffer forholdsvis hyppig i den daglige Praxis, og hvoraf i alt

Fald mange opfattes og behandles som virkelige Kloroser. Det kliniske Billede ligner i det hele meget det almindelige klorotiske Sygdomsbillede, men Blodundersögelsen gör som oftest et negativt Resultat.

2 Grupper af Tilfälde: 1ste Gruppe Individer i omkring 20 Års Alder med de almindelige blegsottige Symptomer; dog er Fänomener fra Digestionen og Nervesystemet ofte stärkt fremträdende. Almindelig antiklorotisk Behandling er af Nytte, men förer dog i mange Tilfälde ikke til fuld Helbredelse; speciel antidyspeptisk Behandling samt ändelig og isär legemlig Hvile er som Regel nödvendig.

2den Gruppe Patienter omkring 30-årene, som i Overgangsalderen og videre udover har lidt af gentagne Anfald af typisk Klorose. Sygdomsbilledet er ej längere det typiske klorotiske; dyspeptiske og nevrasteniske Symptomer — sidste ofte fremkaldte ved stärke psykiske Indvirkninger — har forvisket Billedet; hele Ernäringen lider. Tilfäldene har oftest et meget langvarigt og hårdnakket Forlöb. I disse Tilfälde gör den sädvanlige antiklorotiske Behandling heller ikke tilfredsstillende Resultater. Forandring af de syges hele Levesät er nödvendig, samtidig Sygegymnastik og Badebehandling.

I 5te Kapitel behandles *Klorosens patologiske Anatomi* og i 6te Kapitel dens *Forlöb og Udgang.* I 7de Kapitel omhandles *Klorosens Former.*

Forf. fölger den af IMMERMANN og flere benyttede Inddeling i en let eller transitorisk Form, en svärere eller recidiverende Form og en habituel eller kronisk Form.

8de Kapitel *Reparationsprocessen af det klorotiske Blod under Behandling.* Jernbehandling sammen med almindelig diätetisk og hygiejnisk Behandling fremkalder först en hurtig Tiltagen af de röde Blodlegemers Antal; Hämoglobingehalten fölger langsommere efter.

9de Kapitel *Klorosens Hyppighed og Forekomst i Norge.* Af Medicinalstatistiken for 10-Året 1881—1890 fremgår, at Antallet af Anämi og Blegsot (ingen serskilt Rubrik for Blegsot) har steget fra 11 602 (1881) til 21 162 (1890). Sygdomstilfäldene har altså nästen fordoblet sig.

I den höjere Almueskole forekommer Blegsot hyppig, isär i Pigeskolerne (19 % af Eleverne i Pigeskolerne led af Blodmangel og Blegsot). Også i Folkeskolen synes Anämi og Blegsot at väre hyppig.

Klorose forekommer mindst lige hyppig i Arbejdsklassen som i de bedre stillede Klasser.

10de Kapitel *Ätiologi.* Forf. fremhåller Betydningen af den medfödte eller tidligt erhvervede Prädisposition for Sygdommen og påviser Hyppigheden af Tuberkulose i klorotiske Patienters Familie; han antyder Sandsynligheden af, at adskillige Tilfälde af VIRCHOWs Kardiovaskuläre Hypoplasi samt af hans generelle Hypoplasi skyldes Tuberkelbacillens ödeläggende Indvirkning på Barneorganismen.

Angående de prädisponerende Momenters Betydning for Udviklingen af Klorose udtaler Forf. Side 180: *Den rene ägte Klorose udvikles som den store Regel kun hos Individer, der har en ved direkte eller indirekte Arv medfödt eller tidligt i Barndommen erhvervet Dispo-*

sition for Sygdommen og på den anden Side har väret udsat for flere eller färre af de for Sygdommen särlig determinerende Årsager.

11te Kapitel *Klorosens Natur og Väsen.* Her skal kun anföres de Slutsatser, hvortil Forf. er kommen. Klorosen må betragtes som en primär Blodsygdom. I det klorotiske Blod foregår antagelig en abnormt foröget Destruktion af de röde Cellers Hämoglobin (särlig kanske i Sygdommens Begyndelsesstadier); men samtidig er Dannelsen og Udviklingen af fnnktionsdygtige röde Elementer mangelfuld eller forsinket. Årsagen såvel til den abnorme Destruktion som til den mangelfulde Udvikling af röde Blodlegemer må söges i en oftest medfödt Svaghedstilstand hos disse Celler, en Tilstand, som Franskmändene meget betegnende har kaldt »hypoplasie hématique». Får de nödvendige Lejlighedsårsager Anledning til at virke på den disponerte Organisme, svigter först og fremst det hämatopoietiske Apparat, og Klorosen er der.

De nävnte kloroselignende Tilstande må opfattes på en anden Måde.

Hvad förste Gruppe angår, så drejer det sig om Patienter, som ikke er klorotisk prädisponeret, men hos hvem dels Fordöjelsesapparatet, dels Nervesystemet er svagt udrustet. Ved de også for Klorose almindelige Lejlighedsårsager (overansträngende Arbejde, dårlige, hygiejniske Forhold) *påvirkes Organismens generelle Ernäring,* der indträder almindelige Matheds- og Afkräftelsessymptomer, og särligt lider de fra först af dårligt udrustede Organer: Ventrikel, Tarmkanal og Nervesystemet; men Blodet holder Stand, og man får ingen typisk Klorose.

I anden Gruppe har man Patienter, som gennem År har lidt af recidiverende Klorose; på denne klorotiske Basis har der i Tidernes Löb dels ved stärkt deprimerende psykiske Indflydelser, dels ved overansträngt Arbejde, dels ved uhensigtsmässige diätetiske Forhold udviklet sig en generel Sväkkelsestilstand med udtalte Symptomer både fra Fordöjelsen og Nervesystemet; de oprindelige tilstedevärende Forandringer i Blodet har derimod veget Pladsen for nogenlunde normale Forhold. For begge Gruppers Vedkommende synes dog Blodets funktionelle Ydeävne at lide sekundärt; dette fremgår dels af de kliniske Symptomer (f. Ex. Amenorrhoe), dels deraf at Patienterne, särlig af förste Gruppe, ofte bedres i ret betydelig Grad ved Jernmedikation. Forf. har derfor betegnet disse Tilstande med Navnet *Dysämi* og eftersom dyspeptiske eller nervöse Symptomer var mest fremträdende som *dysæmia dyspeptica eller nervosa.*

12te Kapitel *Diagnose.* Blodundersögelsens Vigtighed betones särlig, hvor det gälder at skille mellem den egentlige Klorose og de kloroselignende dysämiske Tilstande.

13de Kapitel *Terapi.*

Forf. fremhäver Vigtigheden af den profylaktiske og kausale Behandling såvel for den ägte Kloroses som for de dysämiske Tilstandes Vedkommende; for övrigt lägges Vägt på den hygiejniske og diätetiske Behandling. Jernet er det specifike og suveräne Middel i den typiske Klorose; men det må anvendes med stadigt Hensyn til Ventrikelens Tilstand. Også i de dysämiske Tilstande gör Jern, til Dels sammen

med Arsenik, meget godt. Men her spiller den diätetiske og hygiejniske Behandling den vigtigste Rolle.

Madsen.

PETER F. HOLST: **Om den akute tuberkulöse Pnevmoni.** Tidsskr. for den norske Lägeforening 1896, Nr 21.

Forf. refererer 6 Tilfälde af akut tuberkulös Pnevmoni og gör i Tilslutning hertil kortelig Rede for Sygdommens kliniske Billede samt refererer de vigtigste nyere Arbejder, särlig beträffende Sygdommens Patogenese. Han deler FRÄNKEL & TRAJEs Anskuelse af Pnevmonien som en Aspirationstuberkulose og den gelatinöse Infiltration som et Produkt af direkte Toxinvirkning, men fremholder under Henvisning til et af de refererede Kasus i Modsätning til F. & T. Muligheden af, at en krupös Pnevmoni hos en Ftisiker lejlighedsvis uden ordentlig Resolution kan gå over til en tuberkulös; fremholder end videre, at Fundet af Tuberkelbaciller med en som tuberkulös fordäktig Pnevmoni ikke uden videre beviser, at Pnevmonien er tuberkulös, idet Bacillen kan skrive sig fra et gammelt tuberkulöst focus, mens Pnevmonien er en frisk krupös. I et af Forf:s Tilfälde fandtes trods gentagne Undersögelser ikke Tuberkelbaciller mikroskopisk, men et Marsvin, der podedes, döde tuberkulöst. Af de 6 Tilfälde var 3 Mänd og 3 Kvinder i Alderen 20—33 År, i 3 af Tilfäldene har Pnevmonien sit Säde i de nedre Lapper, i 3 i de övre; 2 af Patienterne var luetikere. 3 af Pat. döde efter et Sygdomsforlöb på resp. 6, 8 og 23 Måneder; i intet af Tilfäldene dräbte således Sygdommen i fuld Akuitet; de 3 övriges Skäbne ubekendt.

Peter F. Holst.

ARBO: **Nogle Tanker om Tuberkulosens Årsagsforhold og Hyppighed i Lister og Mandals Amt.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1896, S. 686—710.

Motto: »L'habitation est, après le climat, l'influence ambiante le plus énergique pour modifier l'organisme.

Michel Levy.»

Den ganske exceptionelle Hyppighed af Tuberkulose i Lister og Mandals Amt har bragt Forf., der i en Räkke af 10 År dels som militär- dels som privatpraktiserende Läge har väret bosat sammesteds, at opstille fölgende 4 Spörgsmål om Årsagerne til denne hyppige Forekomst:

1. Kan *Klimatet* disponere til Ftisis?
2. Gives der forövrigt og specielt i *Jordbundens* Forhold Momenter virkende i samme Retning, eller er Befolkningen i og for sig mindre resistent end i andre Dele af Landet?
3. Er Befolkningen i Virkeligheden svagere end Nordmändene i Almindelighed og i så Fald?
4. Möder man i dens Beskäftigelse, Levesät, Levemåde, Renslighedsforhold eller Bolighedernes Hygiejne Momenter, der kan fremkalde en sådan Svaghedstilstand og derigennem foröge Dispositionen for Affektioner af Åndedrätsorganerne?

Ad. 1. Denne i Nordsjöen fremspringende Landsdel er meget udsat for en stadig Vexlen i Vindretningerne på samme Tid som den er mere fjernet fra Golfströmmen end Vestkysten. Som Fölge heraf er der såvel Sommer som Vinter heftige og pludselige Sprang i Temperaturen. Om Vinteren er der lange Tider kolde Vinde fra Öst, og om Våren, der er lang og tör, fra Nord. Sommeren er i Regelen vindig uden at väre särlig varm, Luften er sjelden stille og föles på Grund af sin Fugtighed skarpere, end det synes at fremgå af Termometret. Klimatet er, så at sige, forrädersk, giver Anledning til Uforsigtighed med Hensyn til Klädedrägt samt disponerer til Katarr og Revmatisme.

Ad. 2. Egnens geologiske Dannelse tilhörer den såkaldte Urformation, som på Grund af sin Hårdhed og Resistens ikke eller i alt Fald kun i yderst ringe Grad afgiver til Vandet de anorganiske, oplöselige Bestanddele, som man må betragte som gavnlige for Organismens Ökonomi, specielt de Kalksalte, som tjener til Opbyggelsen af et kraftigt Bensystem hos Ungdom, men og at bringe Stof til Blodmassen, der kan fremskynde Forkalkning af tuberkulöse foci. Denne samme Formation giver heller ikke Anledning til frugtbare Egne. Jorden er mager og alene dyrkbar i begränset Udsträkning. Hertil kommer dens store Udstykning, således at de enkelte Gårde neppe sträkker til for at underholde en Familie. En stor Del af Befolkningen er derfor nödt til at leve yderst småt, hvoraf fölger, at Ernäringen ligefra Barnealderen er mangelfuld.

Ad. 3. Befolkningen giver allerede ved förste Öjekast Indtryk af at väre vek og lidet resistent såvel i psykisk som fysisk Henseende. Dette giver sig tilkende under Sygdomme, specielt ligeoverfor kirurgiske Indgreb. Også det store Antal Sindssyge peger i samme Retning. Med Hensyn til Dueligbed til Militärtjenesten indtager Amtet ingen höj Plads. For Linien er kun 52,8 % tjenestedygtige, medens dette Tal for hele Landet er 55,3 %, medens det for det närliggende Distrikt i Vest, Dalene, med hvilket Lister og Mandal i övrigt frembyder megen Lighed, er 55,6 % og for Jäderen 59,5 %. Antallet af Individer udygtige til Tjeneste på Grund af Konstitutionsfejl og Tranghed af Brystkassen er 8 resp. 2 %, hvilket Tal for hele Landet er 7,2 og 1,7 %.

Ad. 4. Da Hovedbeskäftigelsen er Söfart, tror Forf., at Tuberkulosen har truffet gunstige Betingelser for sin Udvikling i Lugarforholdene ombord, hvilke altid er knappe og sjelden videre renslige. Også Boligerne på Landjorden er af ökonomiske Grunde meget trange og Värelserne minder om Kahytter. Det samme er Tilfäldet i Byerne blandt de midlere og lavere Klasser. Det er meget almindelig, at Familien tilbringer Dagen i et lidet, dårlig ventileret Rum, medens det störste Rum som »Stasstue» alene benyttes ved festlige Anledninger. Den gamle Rögstue er erstattet af den såkaldte Mandalske Stueform, hvoraf Tegning leveres.

Forf. omtaler endelig også den Måde, hvorpå Melken opbevares — inde i Beboelsesrummene — som er alt andet end heldig.

Laache.

R. SIEVERS: **Två fall af morbus Weilii.** Finska läkaresällsk. handl., bd 38, s. 127.

Innehåller sjukdomsbeskrifningar öfver ett till hälsa och ett till död gående fall af i fråga varande sjukdom. Ur lefvern af det senare fallet renodlades en diplokock, som visat sig vara patogen för möss och kaniner, men icke för marsvin.

R. Sievers.

JARL HAGELSTAM: **Om den subakuta och kroniska serösa peritoniten.** Från medicinska kliniken i Helsingfors. Finska läkaresällskapets handl., bd 38, s. 413.

Uti en lång och utförlig afhandling, gående genom tvänne häften af handlingarna, behandlar förf. den enkla, kroniska, serös-exsudativa peritoniten, för hvilken man icke kan uppvisa någon lokal eller allmän orsak. Han meddelar ur en omfattande literatur i ämnet en mängd kasuistiska fall, till hvilka han ansluter 7 andra från medicinska kliniken i Helsingfors. Han anser att den enkla, kroniska, serös-exsudativa peritoniten såsom självständig patologisk enhet så litet inträngt i den allmänna uppfattningen i följd af affektionens relativa sällsynthet och i följd af att den samma blifvit inregistrerad som tuberkulös peritonit.

Förf. uppehåller sig särskildt vid betraktelser öfver den enkla kroniska peritonitens etiologi och berör härvid särskildt som orsaksmoment den kvinliga genitalapparaten, förkylningar, trauma, alkohol, de akuta infektionssjukdomarna, särskildt influenzan m. m. Vid anförandet af de sist nämnda som orsak för uppkomsten af i fråga varande peritonit säger förf.: »Däremot förefaller mig det antagandet icke alldeles otänkbart, att vi här skulle kunna hafva att göra med toxiska ämnen af ett eller annat slag — hvarför icke bakterietoxiner — hvilka genom sin inverkan på den serösa hinnans blodkärl åstadkomma en inflammationsprocess med serös utgjutning.»

R. Sievers.

KRAGELUND: **Urinsyrediatesens atypiske Form.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 7, S. 389.

Forf. refererer 7 Sygehistorier af i övrigt ret forskellig Art, väsentlig dog psykiske Forstemninger med en vis Periodicitet, som ledsagedes af Urinsyreudfäldning af Urinen, og som af Forf. derfor indordnes under det noget elastiske Begreb Urinsyrediatese.

F. Levison.

F. LEVISON: **Om Behandlingen af Gigt (arthritis urica) og särlig af denne Sygdoms kroniske Former.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 881.

Forf. begynder med kort at rekapitulere sin fra tidligere Arbejder kendte Opfattelse af Artritens Natur. Denne beror efter ham på en Tilbageholdelse i Blodet af Urinsyre, hvorved der dannes det tungt oplöselige Biurat, der särlig aflejres på de Steder i Legemet, som ere rige på Natronsalte. Retentionen forårsages ved en utilsträkkelig Virksomhed af Nyrerne; men de periodiske Forvärringer kunne enten skyldes pludselig Stigning af Urinsyreproduktionen eller Forvärrelse af Nyre-

lidelsen. Hos Artritikere findes altid granulär Nyreatrofi; en sådan kan opstå 1) hereditärt; viser sig da gärne i tidlig Alder; 2) forårsages ved Giftvirkning, således navnlig ved Bly; 3) skyldes hyppigst en länge fortsat mekanisk Irritation, f. Ex. ved fortsat Urinsyreudfäldning. Urinen behöver her ikke at indeholde abnormt megen Urinsyre; men Udfäldningen kan ske på Grund af Forandringer af Urinens kemiske Sammensätning i övrigt. Herved forklares, at så mange, der lide af Nyregrus, med Tiden blive Artritikere.

Behandlingen af Artrit bliver efter dette 1) profylaktik, 2) Behandling af det akute Anfald og 3) af Residuerne efter disse, Ledstivheden, tophi og de af den kroniske Gigt forvoldte patologiske Forandringer.

Profylaxen bestemmes af den Nyrelidelse, der ligger til Grund. Ved den hereditäre Form er man indskränket til den vanlige Forsigtighed mod ydre Skadeligheder (Kulde, Fugtighed), Diät og Afholdenhed fra alkoholica. Også ved Blynyren falder Profylaxen mod Artriten sammen med Behandlingen af Nyrelidelsen.

Ved den 3dje og hyppigste Form af granulär Nyre (ved fortsat Irritation med udfäldt Urinsyre) vil Profylaxen dels have at indskränke Urinsyredannelsen i Legemet, dels at holde Urinsyren i oplöst Form i Urinen. De tidligere Besträbelser for ved Indskränkelse af den dyriske Äggehvidetilförsel at formindske Urinsyredannelsen ere illusoriske, da Urinsyren ikke dannes af indfört Äggehvidestof, men af Nukleïnerne. POULSSON har jo endog iagttaget et artritisk Anfald hos en Sultekunstner på Sultekurens 25de Dag. Kosten bör derfor indeholde de almindelige Näringsmidler i passende Sammensätning, selv Äg indbefattet, da Äg i Fölge KOSSEL ikke indeholder Nukleïn og heller ikke i Legemet danner Urinsyre eller Xantinbaser. Derimod bringer Nydelsen af Thymuskertel, Lever, Nyre eller andre cellerige Organer Urinsyredannelsen op, og den må derfor undgåes.

Alle Forfattere ere nu enige i at forbyde spirituosa, ligeså Kaffe.

I Profylaxen mod Artrit indgår dernäst også Behandling af Nyregrus og af Dispositionen til Urinsyreudfäldning i Urinen ved hensigtsmässigt at forandre dennes kemiske Sammensätning og fortynde den ved rigelig Vädsketilförsel. Af Hensyn til Urinens Kemisme forbydes derfor Mineralsyrer (Plantesyrer og deres Salte ere tilladelige) og tilföres Alkalier for at öge Udskillelsen af urinsure Natronsalte. Dog må Urinen ikke alkaliseres gennem längere Tid, da man i så Fald kan risikere Fosfatudfäldelse omkring allerede existerende Urinsyresten eller Fremkaldelse af et akut Artritanfald, således som det stadig sker under Kuren i Karlsbad, Wiesbaden eller andre Badesteder. For at undgå disse Farer anbefaler v. NOORDEN at give kulsur Kalk, som i Tarmen binder store Mängder Fosforsyre og derved formindsker Mängden af Urinens sure Fosfater (Mononatriumfosfat) uden at göre Urinen alkalisk.

Ved Behandling af det akute Gigtanfald har Forf. set mest Nytte af colchicum; når Anfaldene kom tät på hverandre og ikke vige for colchicum, gör Salicylsyre ofte udmärket Nytte.

Forf. går derefter over til sit Hovedämne: Behandling af de Stivheder og Fortykkelser af Led, som kunne blive til Rest efter Anfald af akut Artrit, eller som i endnu stärkere Grad udvikle sig ved de kroniske, snigende Former af Sygdommen.

Om dette Ämne udtale alle Forfattere sig i stor Korthed. Det er altid den samme Anbefaling af Diät, Massage, Bad, Gytje, Jodpenslinger. Nylig har GRAWITZ anbefalet varme Sandbade fra 45 til 55° C., der efter Forf:s Erfaring dog kun virke lige over for Nervesmerterne, men ikke mod Artriten.

Behandling ved Badesteder kan utvivlsomt yde stor Hjälp, når Hovedvägten lägges på de varme Bade med Understöttelse af Drikning af et indifferent Vand eller svagt Svovlvand; derimod kan der ikke noksom advares mod den rutinemässige overdrevne Anvendelse af alkaliske Vande.

De mange opdukkende antiartritiske og urinsyreoplösende Patentmediciner (Piperazin, Lysidin o. s. v.) ere efter Forf. alle värdilöse, måske med Undtagelse af Urotropin, der dog kun er anbefalet mod Nyregrus.

Langt mere Betydning har en — först af den berömte Elektriker EDISON angiven — ny Anvendelsesmetode for Lition. EDISON gjorde i en Meddelelse til Berlinerkongressen 1890 gäldende, at han ved Forsög havde vist, at Lition ved Hjälp af en konstant elektrisk Ström kunde bringes igennem dyriske Membraner, således at en Ström på 150 Milliampères i 75 Min. igennem en Fårebläre ögede den osmotiske Indträngen til det dobbelte. Når en sund Mand anbragte sin höjre Hånd i en 2 %:s Litionoplösning, den venstre i en svag ClNa-Oplösning, og den positive Pol anbragtes i Litionoplösningen, den negative i Saltoplösningen, var man ligeledes i Stand til at indföre Lition gennem Huden med en Strömstyrke af 4 Milliampères. Lition kunde ved dette Forsög, der fortsattes gennem en Uge i tilsammen 11 Timer, påvises i Urinen i en Mängde af 55 Cgm. EDISON har fremdeles opnået betydelig Bedring hos en Artritiker ved en Ström af 20 Milliampères gennem Litionbad.

Denne EDISONs Meddelelse vakte i det hele kun ringe Opmärksomhed, för LABATUT i 1893 genoptog Spörgsmålet i större Bredde. Han har vist, at Baser (Kali, Natron, Lition, Bly, Kobber, Sölv o. s. v) fölge den nedadgående (positive) Ström fra en Oplösning ind i de dyriske Väv, medens alle organiske og uorganiske Syrer (bl. a. også Arsensyre, Klor, Brom- og Jodforbindelser, Salicylsyre o. s. v.) fölge den opadgående (negative). Han kunde også konstatere ved Forsög på en udskåren m. glutæus af en Hest, at påviselige Mängder Lition trängte der ind med den elektriske Ström og for den allerväsentligste Del samlede sig i Närheden af den positive Pol. Experimentelt påviste LABATUT også, at Lition på denne Vis trängte ind i den levende Organisme, ligesom han havde gode Resultater ved Metodens Anvendelse på Artritikere. Vist nok er det små Mängder, som således indföres; men det må erindres, at Virkningen kan koncentreres i det syge Parti, medens Medikamentet ellers fordeles over hele Legemet.

Forf. har anvendt Metoden på 15 Patienter. Blandt disse havde 11 udtalt Nytte af Behandlingen (Ophör af Smerterne, bedre Bevägelighed, Svulst og tophi aftagne og Funktionen betydelig forbedret). I 4 Tilfälde var Behandlingen uden väsentlig Nytte; men i et af disse var Diagnosen forkert; de 3 afbröd Behandlingen efter få Séancer. Behandlingen tåles ellers godt; men da Huden let angribes, bör den efter Behandlingen indgnides med nevtralt Fedt. Metoden praktiseres således, at den syge Legemsdel anbringes i en 2 %:s Klorlitionoplösning, gjort alkalisk ved en let Tilsätning af kulsurt Lition, en anden Del af Legemet (en Hånd eller Fod) neddyppes i tyndt Saltvand. Den positive Kulelektrode fra et konstant Batteri forbindes med Litionbadet, den negative Pol med Saltbadet, Strömstyrken kan variere fra 10 til 25 (oftest 20) Milliampères, Varigheden af den daglige Behandling er 30 Minuter.

F. Levison.

I. JUNDELL: **Om serumdiagnos af tyfoidfeber.** Hygiea 1896, II, s. 359.

Det af WIDAL angifna förfaringssättet har förf. pröfvat och i viss mon modifierat, hvarigenom, som det synes, en snabb och tillförlitlig diagnos af tyfoidfeber kan vinnas. Denna s. k. serumdiagnos har förf. utfört på sammanlagdt 32 fall af tyfoidfeber; i alla fallen erhöls positift resultat. Ett fall, som undersöktes på 2:dra sjukdomsdagen, gaf då negatift resultat, men då undersökningen upprepades på 9:de sjukdomsdagen, erhöls äfven här positift resultat. Tre gånger gjordes undersökningen på 5:te sjukdomsdagen, alla gångerna med positift resultat.

De af förf. undersökta omkring 30 fallen af febersjukdom, som ej varit tyfoid, bland hvilka särskildt må nämnas miliartuberkulos och septiska sjukdomar, gåfvo aldrig reaktionen.

Edgren.

F. TOBIESEN: **Et Tilfälde af perforerende Tarmsår efter en Forbränding.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 961.

En 58-årig Arbejdsmand pådrog sig en udstrakt Forbränding af 2den Grad; efter 26 Dages Sygeleje sopor og Död. Ved Sektionen fandtes i nederste Del af ileum en ärtestor Ulceration med skarpe Rande, i venstre Del af colon transversum et perforerende ärtestort Sår med skarpe Rande af skäv Form og ved Siden af dette et mindre, der lignede Såret i ileum.

Skönt man i Almindelighed har iagttaget, at de Sår, som skyldes udbredte Forbrändinger, forekomme i duodenum, mener Forf. dog, at Sårene i hans Tilfälde have haft samme Oprindelse, da ingen anden Forklaringsgrund forelå.

F. Levison.

SÖRENSEN: **Tænia cucumerina hos Börn.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 850.

F. Levison.

MICHELSEN: **Fluelarver i Tarmkanalen som Årsag til kronisk enteritis.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 945.

En 10-årig Pige led af Underlivssmerter og Opkastninger, uregelmässig, for det meste tynd og slimet Åbning. Efter flere Måneders Sygdom afgik med Åbningen en Larve, indhyllet i fæces. Denne bestemtes at väre Larven af en Blomsterflue (Eristalis), der lever i Vand. Derefter kom Barnet sig.

F. Levison.

H. HEIBERG: **Opbräkning af Galdesten.** Medic. Selskabs Forh. 1896, S. 105.

Fra Distriktsläge MEYER i Farsund havde Taleren medtaget til Undersögelse en Galdesten af Störrelse som det yderste Led af en tyk Tommelfinger, hvilken var kommet op ved Bräkning hos en 45 År gammel Kone, der for 5 År siden havde haft »Mavebetändelse», hvorefter en »Kul» i höjre Side af Maven. Senere hyppige Anfald af »Mavebetändelse». Hyppige Bräkninger. Under Fölelse af et fremmed Legeme bag sternum fik hun endelig Stenen op. Derefter i Begyndelsen Sår langs Spiseröret, men senere er Helbreden gået fremad.

Laache.

SCHEEL: **Galdesten afgået ved Afföringen.** Medic. Selskabs Forh. 1896, S. 106.

En 76 År gammel Kone havde stärke Smerter i övre Del af Underlivet og i Ryggen på begge Sider i omtr. 3 Timer, hvorefter Smerterne aftog og der kom Kvalme og Bräkninger i flere Dage. Den 6te Dag om Morgenen endnu lidt Kvalme, men ingen Bräkninger. Om Eftermiddagen samme Dag optrådte stärkt grönfarvede Afföringer, hvormed fulgte en Sten som den af Prof. HEIBERG foreviste (se ovenfor).

Laache.

BLUME: **Anuri ved Lithiasis-Obturation af bägge Ureterer.** Hosp.-Tid., R. 4, Bd 4, S. 969.

Kasuistisk Meddelelse om ovenstående Lidelse hos en 78-årig Husmand; Tilfäldet endte med Döden, og en partiel Sektion viste som Årsag til Anurien Konkrementer i bägge Ureterer, medens Nyrerne väsentlig kun viste Tegn til Retentionsatrofi af forholdsvis ringe Grad og Tilstedevärelsen af nogle mindre calculi i calyces.

F. Levison.

Kirurgi och oftalmiatrik: I. BJERRUM: Indledningsord til Forelæsninger over Oftalmologi. — GORDON NORRIE: Arvelighed af grå Stär. — J. HJORT: Behandling af blenorrhoea neonatorum. — E. SCHMIEGELOW: Akut osteomyelitis i Overkäven. — CHR. LANGGAARD: Trakeotomi og Fonetik. — E. SANDELIN: Kliniska studier over struma i Finland med ledning af 80 operatift behandlade fall. — U. MÜLLERN-ASPEGREN: Ett fall af septisk refbenskondrit (bact. coli commune). — M. W. AF SCHULTÉN: Bidrag till bukhålans kirurgi. II. — M. W. AF SCHULTÉN: 268 radikaloperationer för bråck, utförda på Helsingfors' kirurgiska klinik åren 1891—94, samt deras resultat. — OTTO BERGSTRÖM: Om användning af den Ullmanska suturmetoden vid tarmresektion. — Kirurgisk kasuistik från lasarettsläkarnes rapporter för år 1895. — D:o d:o. — HONORÉ: Et Tilfälde af sarcoma testis på travmatisk basis. — AAGE KLÆR: Et Par Tilfälde af Knäledsluxationer. — JENS SCHOU: Om Anvendelsen af Läderhylstre til Efterbehandlingen af Klumpfödder. — A. ELIASSON: Om aktinomykos hos människan. — M. K. ZAHRTMANN: Dagligdags Kirurgi. THIERSCHs Hudpodning.

I. BJERRUM: **Indledningsord til Forelæsninger over Oftalmologi.** Ugeskrift f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 891.

Foredraget giver en kort Oversigt over Oftalmologiens Udvikling i indeværende Århundrede og dväler särligt ved det store Fremskridt, der skyldes V. GRÄFEs og hans Elevers Virksomhed; det fremhäver EDM. HANSEN GRUTs fremragende Betydning for Oftalmologien i de nordiske Lande.

Sluttelig omtales Diagnosen af Öjets Sygdomme i Almindelighed med Udhävelse af de Fortrin og Mangler ved denne, som Organets anatomiske og funktionele Forhold medföre. *Edmund Jensen.*

GORDON NORRIE: **Arvelighed af grå Stär.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 937.

Forf. meddeler Stamtavler over 2 Slägter i Danmark, blandt hvis Medlemmer et stort Antal findes lidende af Katarakt.

Den ene Slägt kan fölges gennem 6 Generationer; blandt 116 hertil hörende Individer havde 30 Katarakt. Den anden Slägt er fulgt i 5 Generationer med 69 Individer, hvoraf 40 med Katarakt. I den sidstnävnte Slägt synes Alderen ved Stärens Udvikling at have väret desto yngre, jo senere en Generation Individet tilhörer.

Edmund Jensen.

J. HJORT: **Behandling af blenorrhoea neonatorum.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1896, S. 823—832.

Den »kaustiske» Behandling af Öjenblenorrhoe ved 2 %:s Helvedesstensoplösning, hvilken skyldes V. GRAEFE forlanges Omhyggelighed i Applikationen for at man ikke skal lädere cornea.

Ifölge Forf:s Anskuelse skyldes den blenorragiske Affektion af cornea den Omständighed, at Mikroorganismer tränger ind i dennes Substans gennem små Läsioner i Epitelet og fremkalder Suppuration.

Heraf fölger, at Behandlingen må gå ud på at hindre enhver Insult af Hornhinden. Af denne Grund har Forf. altid frygtet de stärkere Ätsmidlor. I flere År har han bragt i Anvendelse en i alle Henseender skånsom Metode, nemlig *Vandstofhyperoxyd* i Oplösning af 1 til 1½ % i den vanlige Koncentration, som haves färdig på Apoteket og fortyndes i dette Öjemed til den angivne Styrke.

Af denne Vädske anbringes så dråbevis på det syge Parti. Der opstår en Opbrusning i det tilstedevärende Pus, hvilket koagulerer i Småklumper; disse fjärnes ved forsigtig at beväge Öjelågene, idet man samtidig drypper en 2 %:s Borsyreoplösning ind i Öjet uden at palpebræ omkränges.

Behandlingen gentages så ofte, som det viser sig nödvendigt, indtil flere Gange daglig. Er Konjunktivasäkken befriet for pus, dryppes ind 4 Gange daglig en Helvedesstensoplösning 1 pro Mille. Dette sidste göres sjeldnere og sjeldnere, eftersom Betändelsen aftager.

Denne Behandling er ikke smertefuld, endog synes at medföre en vis Lettelse for de små Patienter, kan udföres af en dygtig Sygeplejerske og giver Resultater, der ikke stå tilbage for de ved andre Metoder opnåede. *Laache.*

E. SCHMIEGELOW: **Akut osteomyelitis i Overkäven.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 985.

Meddeler et Tilfälde af akut osteomyelitis i Overkäven hos et 4 År gammelt Barn. — Lidelsen begyndte med stärke febrilia, Opsvulmning af höjre Overkäve, der nekrotiserede for störste Delen. Årsagen til Lidelsen var ubekendt; der gik ingen akute exantematiske Sygdomme forud.

Lidelsen er, at dömme efter de overordentlig sparsomme Meddelelser, der foreligge i Literaturen, meget själden, og de få Tilfälde, S. har fundet beskrevne, ere miskendte af Forfatterne, enten opfattede som Fosfornekrose eller beskrevne under Navnet af et akut Empyem i antrum Highmori. *Schmiegelow.*

CHR. LANGGAARD: **Trakeotomi og Fonetik.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 1029.

Beskriver et Tilfälde af Krup hos en 10 Års dövstum Dreng, på hvem der blev gjort Trakeotomi.

Hvad der navnlig foranledigede L. til at offentliggöre Tilfäldet, var den Omständighed, at Drengen, som var oplärt i to År på Dövstummeinstitutet i Fredericia efter Talemetoden og havde fået bibragt i det mindste Begyndelsesgrundene i Artikulation, begyndte lige med et, 8 Dage efter Trakeotomien, at *tale* med klangfuld Stemme med sin ikke fenestrerede Kanyle i trachea. L. mener, at Drengen på Grund af sin särlige Undervisning som dövstum efter Talemetoden har lärt at bruge sine Lunger på en mere selvständig energisk og sikkert også mere stödvis Metode, end det normalt finder Sted. Jo mere Kanylen var tilstoppet af Slim, des bedre talte han.

Schmiegelow.

E. SANDELIN: **Kliniska studier öfver struma i Finland med ledning af 80 operatift behandlade fall.** Akademisk afhandling. Helsingfors 1896.

Det hufvudsakliga ändamålet med förf:s arbete är att utröna de för struma opererade patienternas befinnande en längre tid efter operationen. Efter att i korthet hafva berört frågan om den endemiska strumans etiologi, samt egnat sköldkörtelsvullnadernas patologiska anatomi några ord, behandlar förf. struma aberrans och struma accessoria samt anför af hvardera dessa slag, särskildt det senare, synnerligen intressanta fall. Alla tils dato kända fall af struma accessoria hafva af förf. blifvit sammanstälda.

Efter några ord om strumans förhållande till omgifvande organ och däraf framkallade symptom, samt en utläggning af strumabehandlingens historiska utveckling kommer förf. till strumaektomins prognos.

Af de 80 opererade har han i 45 fall fått säkra efterunderrättelser. Förf. visar, att i 18 % af fallen en stämbandspares blifvit bestående, att i blott 60 % respirationsbesvären häfts, då däremot 15,5 % blifvit obotade, i 15,5 % förbättring inträdt och i 9 % besvären återkommit.

Hvad frågan om *strumarecidiv* beträffar framhålles:

»Vid struma, utvecklad endast i en lob, har man, om denna exstirperas, endast i undantagsfall att vänta tillväxt af den kvarlemnade loben»;

»vid dubbelsidig struma är exstirpationen af endast den ena loben ett mycket ofullständigt förfarande»;

»där vid dubbelsidig struma operationen blifvit utsträckt till hvardera loberna, förekommer tillväxt mindre ofta»;

»tillväxten börjar vanligen strax eller kort tid efter operationen.»

Hvad slutligen angår strumaektomins inflytande på det allmänna befinnandet har konstaterats, att i 9 fall af 45, d. v. s. 20 %, symptom, antydande en högre eller lägre grad af cachexia strumipriva, funnits.

Till afhandlingen är fogad en kasuistik med fullständiga sjukhistorier öfver de 80 fall — alla på ett undantag när från kirurgiska kliniken i Helsingfors — hvarpå förf:s arbete är baseradt.

Hj. von Bonsdorff.

U. MÜLLERN-ASPEGREN: **Ett fall af septisk refbenskondrit (bact. coli commune).** Hygiea 1896, II, s. 235.

M., 27 år. Sedan en månad tillbaka iakttogs en oöm, smärtfri, rundad, småningom ökad ansvällning öfver och framför 3:dje refbensbrosket på höger sida. Ingen tuberkulos, ingen tyfoidfeber, intet trauma. Ur inflammationshärden uttogos var och granulationer; brosket exstirperades. I det uttagna kunde inga tuberkelbaciller påvisas hvarken vid direkt undersökning eller odlings- och inokulationsförsök. Däremot erhöls konstant en bakteriform — korta rundade stafvar — hvilken med hänsyn till växtsätt, utveckling och patogena egenskaper närmast öfverensstämde med den grupp, som benämnts bacterium coli commune. Förf. antar, att inträngandet skett från tarmen, och att bakterierna, upp-

tagna i blodet, funnit ett locus minoris resistentiæ, där inflammationen och suppurationen sedermera utvecklade sig. *J. Åkerman.*

M. W. AF SCHULTÉN: **Bidrag till bukhålans kirurgi. II.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 38, s. 99.

Dubbel tarmresektion vid en komplicerad anus præternaturalis.

Följande enastående, synnerligen intressanta fall meddelas. En 26 års man hade i medlet af dec. 1894 erhållit ett inklämdt högersidigt ingvinalbråck. En operation utfördes och skall, enligt den behandlande läkarens utsago, bråcket innehållit brandig tarm. Tre dagar efter operationen begyndte exkrementer afgå ur såret, och en anus præternaturalis utbildade sig. En månad senare intogs mannen på kirurgiska kliniken i Helsingfors. Han var då afmagrad. Ofvanom högra ingvinalvecket fans ett 9 cm. långt granulerande sår; vid dess inre ände ses utbuktande tarmslemhinna, vid den yttre finnes en fistel, genom hvilken tarminnehåll utflyter. Genom anläggandet af en enterotom fyra skilda gånger försöktes åstadkomma fri tarmpassage ehuru förgäfves. Därför göres d. 31 maj följande operation:

Fisteln kringskäres, och bukhålan öppnas. Därvid konstateras, att tvänne tarmslingor deltaga i bildandet af anus præternaturalis; den tillförande branchen af den högre upp belägna slingan är adherent vid och kommunicerar med den perifera slingans tillförande del, hvars afförande del är helt och hållet obliterenad och fixerad nära fisteln. Mellanväggen mellan hvardera tarmslingornas tillförande skänklar hade varit utsatt för enterotomen. Sporren mellan den centrala slingans hvardera brancher låg förskjuten åt sidan. En dubbel tarmresektion utfördes — cirkulär tarmsutur i 3 etager. Den oblitererade tarmslingan afskars snedt för att erhålla tillräckligt vidt lumen. Reaktionslöst förlopp; på 9:de dygnet afföring på naturlig väg. D. 25 juni lemnade pat. sjukhuset.

I literaturen har förf. funnit högst få fall af anus præternaturalis, vid hvilka den afförande tarmdelen varit obliterenad. Något fall liknande detta torde ej förut hafva blifvit beskrifvet.

Hj. von Bonsdorff.

M. W. AF SCHULTÉN: **268 radikaloperationer för bråck, utförda på Helsingfors kirurgiska klinik åren 1891—94, samt deras resultat.** Finska läkaresällsk. handl. 1896, bd 38, s. 149, 267.

Då under åren 1878—90 blott 43 radikaloperationer utfördes på kirurgiska kliniken steg deras antal under treårsperioden 1891—1894 till 268.

Förf. redogör först för den plan han följt vid materialets bearbetning. Främst gäller att konstatera operationens lifsfarlighet och dess slutresultat, hvad beträffar recidiv. Alla de olika slagen af bråck hafva skildt blifvit behandlade, inom de olika grupperna hafva inklämda och fria bråck blifvit afskilda. Dessutom hafva de enligt olika operationsmetoder behandlade fallen afdelats. Hvad angår recidiv hafva alla fall, yngre än ett år, uteslutits.

Följande omständigheter egnade att i sin mon inverka på uppkomsten af recidiv underkastas diskussion; den opererades yrke och sysselsättning, om bråcket är gammalt, om det är kongenitalt eller akvireradt — reduktibelt eller ej, om bråckband burits, samtidig förekomst af flere bråck. Vidare bråckportens vidd, bråckets storlek, suturmaterial för de djupa suturerna, läkningsförloppet, den tid som pat. legat efter operationen, om bråckband burits efter operationen eller ej o. s. v.

Vid studium af materialet kommer förf. till följande resultat:

A. *Icke inklämda bråck:*

235 operationer med 2 dödsfall.

I. *Hernia inguinalis externa* hos män. 165 operationer, alla utförda enligt BASSINI med 2 dödsfall, det ena i följd af en septisk phlegmone i scrotum, uppkommen lång tid efter operationen, då pat. redan gått upp; det andra i kollaps efter operationen i följd af synechia pericardii. För 91 fall är det definitiva resultatet kändt, af dessa 12 (13,2 %) med recidiv. Hvad angår de moment, som disponera för uppkomsten af recidiv, framhålles, att personer under 20 år mindre ofta få recidiv än under högre ålder, att ju större och äldre ett bråck är dess lättare uppstå recidiv. Läkningsförloppets beskaffenhet och den tid, som pat. efter operationen legat till sängs, synes vara utan inflytande.

En radikal operation anses indicerad i alla fall, där ett bråckband icke kan hålla bråcket väl inne — äldre personer och barn kunna opereras med framgång, kontraindikation utgör allmän svaghet.

II. *Hernia inguinalis interna* hos män. 44 operationer enligt BASSINI, intet dödsfall, 7 recidiv af 30 fall 12 till 36 månader efter operationen (23,3 %). Förf. anser, att det relatift stora antalet recidiv vid detta slags bråck är beroende af bukbetäckningarnas slapphet och ingvinalöppningens vidd.

III. *Hernia inguinalis* hos kvinnor. 10 fall opererade enligt BASSINI, intet dödsfall. Om 6 fall är kändt, att recidiv ej uppstått.

IV. *Hernia cruralis* 9 fall, opererade genom exstirpation af bråcksäcken och sutur af kruralringen, i några fall har denna slutits med en lambå ur fascia och musculus pectineus; intet dödsfall. I 7 fall ej recidiv.

V—VII. *Hernia umbilicalis* 1 fall, *hernia epigastrica* 4 fall, *hernia ventralis* 1 fall; alla recidivfria.

B. *Inklämdt bråck:*

34 fall; 2 döda (af gangren i lungor och tarm).

I. *Hernia inguinalis externa* hos män. 21 fall opererade enligt BASSINI. 2 döda oberoende af operationen. Om 15 fall är resultatet kändt; 2 recidiv.

II. *Hernia inguinalis interna* hos män. 2 fall opererade enligt BASSINI; recidiv i ett fall.

III. *Hernia cruralis* 8 fall. Intet dödsfall. Slutresultatet är kändt i 2 fall, det ena med recidiv.

IV. *Hernia umbilicalis* 2 fall, hvaraf det ena har recidiv.

Hj. von Bonsdorff.

OTTO BERGSTRÖM: **Om användning af den Ullmanska suturmetoden vid tarmresektion.** Finska läkaresällsk. handl. 1896, bd 38, s. 1052.

I tvänne fall har den af MAUNSELL föreslagna, af ULLMANN först praktiskt utförda sutureringsmetoden vid tarmresektion, af förf. användts.

I. 55 år gammal kvinna hade efter en phlegmone i bukväggen fått en anus præternaturalis. Sedan den i bukväggen fixerade tunntarmen lösts, och 16 cm. af den samma resecerats hopfogas tarmändarna enligt ofvan nämnda metod med godt resultat.

II. 69-årig man undergick laparotomi för tarmocklusion. Härvid visade det sig, att en tarmslinga ungefär 2 meter nedanför pylorus var omsnörd med en sträng, samt att tarmen på detta ställe var nekrotisk. Peritoneum i omgifningen var varigt belagd, exkrementer och tarmgaser funnos i bukhålan. Tarmresektion och sutur enligt ULLMANN. Pat. dog 9 timmar efter operationen. Suturen höll.

Förf. prisar denna sutureringsmetod för den säkerhet den samma erbjuder samt den snabbhet, hvarmed den kan utföras.

Hj. von Bonsdorff.

Kirurgisk kasuistik från lasarettsläkarnes rapporter för år 1895. Hygiea 1896, II, s. 189.

BJÖRKMAN (Luleå): Suppurativ perikardit. Operation. Hälsa.

BORELIUS (Karlskrona): Fall af medfödd defekt af vagina samt v. uterushalfvan och adnexerna på vänstra sidan.

Fall af otitisk hjärnabscess i lilla hjärnan.

LEVENHAGEN (Umeå): Corpus alien. vesicæ urinariæ. Uretrotomia externa, epicystotomia.

NAUMANN (Helsingborg): Cysta ovarii d. cum torsione pedunculi, peritonitis, graviditas. Ovariotomia.

Cholelithiasis et hydrops ves. felleæ. Cholecystostomia.

Enterocolitis chron. Prolapsus recti. Rectopexia p. laparotomiam.

Hernia cruralis d. incarc. et hernia inguin. d. Herniotomia.

Diverticula pharyngis et cysta retent. membranæ thyrohyoideæ. Exstirpatio.

Ruptura total. subcut. tendinis achillis. Sutura tendinis.

Fractura pelvis, rupt. partis membran. urethræ et renis sinistri. Lithiasis vesic. Urethrotomia externa. Epicystotomia.

BERGH (Gefle): Fractura compl. regionis frontalis dextr. c. prolapse cerebri et cranio depress. Hälsa.

Vulnus punct. reg. frontal. sin. penetrans cranium. Hälsa.

Sarcoma renis sin. Nefrektomi. Hälsa.

Hydronephrosis intermitt. et ren. mob. dextr. Neproraphia. Hälsa.

Gangrenös appendicit; intraper. abscess; fekalsten; operation efter 14 dygn.

Gangrenös appendicit; intraperitoneal abscess; operation efter 7 dygn.

Fistula vesico-vaginalis. Operation. Hälsa.

Cancer urethræ. Exstirpation.

Tumor urethræ. Exstirpation. Hälsa.

Pruritus vulvæ et elephantiasis clitorid. et lab. minoris sinistri. Excision. Hälsa.

Invagination.

Ileus. Anus præternaturalis.

Hernia crural. dextr. incarc., utvandring af tarmbakterier. Periton. acut. diffusa. Död.

SCHMIDT (Köping): En hjärnskada. En hjärnabscess.

J. Åkerman.

Kirurgisk kasuistik från lasarettsläkarnes rapporter för år 1895. Hygiea 1896, II, s. 309.

THORÉN (Jönköping): Tvänne fall af kongen. höftledsluxation. Operation enl. HOFFA.

Otitis med. pur. c. osteitide proc. mastoid. + trombophleb. sinus transv. sin. Uppmejsling af proc. mast., fossa sigmoid.; underbind. af v. jug. int.; öppnande och utskrapning af sin. transv.

Bråck-kasuistik.

Ileus-colostomia.

Cysta pancreatis. Laparotomi. Partiel resektion af cystan, som fastsyddes i buksåret.

Carcinoma recti et vaginæ. Resektion af ändtarmen och bakre vaginalväggen med tvärresektion af korsbenet.

Trenne fall af supracervikal uterusexstirpation med laparotomi för nterustumör.

Tvänne fall af perineo-vaginalexstirp. af uterus för karcinom.

LINDSTRÖM (Hudiksvall): Osteosarcoma femoris. Exarticulatio coxæ.

Fractura olecrani. Bensöm.

Cancer linguæ et gland. regionis submaxill. Resectio linguæ.

Abscessus cerebri. Trepanation.

Stenosis pylori + gastrectasia. Gastro-enterostomia (2 fall). Cancer ventriculi c. sten. pylori. Gastro-enterostomia.

EURÉN (Eksjö): Appendicit. 4 opererade fall. Cysta lig. lati. Laparotomi med fastsyning af cystan till buksåret, sekundär utrymning och tamponad; god utgång.

Ventrofixation af prolaberad lifmoder. *J. Åkerman.*

HONORÉ: **Et Tilfælde af sarcoma testis på travmatisk basis.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 922.

En 26-årig Mand fik höjre testis klemt mod Ryggen af en Hest, idet han gled ned af denne; der kom strax Smerter, som dog tabte sig, medens testis begyndte at voxe. Traumaet fandt Sted i Okt. 95, og i Januar 96, da Pat. iagttoges, var testis gåseägstor; Kastrationen viste et stärkt vaskulariseret Sarkom. ½ År efter Operationen var der endnu ikke Recidiv. *Kr. Poulsen.*

AAGE KIÆR: **Et Par Tilfælde af Knäledsluxationer.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 7, S. 409.

I förste Tilfälde drejer det sig om en komplet venstresidig Luxation af crus fortil. En 30-årig Mand får Foden fixeret og falder forover; der konstateres den omtalte Luxation i Forbindelse med en betydelig Dekoloration og Svulst af hele crus og Foden; Repositionen lykkes let under Narkose ved en simpel Flexion; men Dekolorationen holder sig; der kommer Gangrän af Täerne, og efter en explorativ Incision i poples viser det sig, at der er et mandarinstort Anevrisme her på art. tibial. post., som underbindes; der må dog til sidst på Grund af Nekrose og Suppuration göres amp. femoris supracondylica, hvorefter Processen standses.

Det andet Tilfälde omhandler en Luxation af patella hos en 32-årig Mand. Pat. pådrog sig Läsionen ved at styrte ned ad en Trappe. Patella var luxeret udad, så at den red på Kanten af condyl. ext. Da Repositionen ikke kunde ivärksättes, narkotiseres; det viste sig da, at der var Ruptur af lig. laterale int. og en Tendens til Subluxation bagtil af crus, hvorfor der diagnosticeres en Ruptur af lig. cruciatum. Repositionen mislykkes stadig, idet patella vel kan skydes tilbage, men atter fjedrer tilbage; der göres derfor Artrotomi ved Tvärsnit langs forreste Ledlinje; det viser sig da, at condyl. int. har perforeret vastus int., der er delt i et större, medialt og et mindre, lateralt Parti, som er trängt bagtil ind i fossa intercondyloidea; desuden var meniscus int. fraktureret og delvis luxeret, ligeså var lig. cruciat. og lig. laterale int. rumperede. Af Frygt for Gangrän af den kontunderede Muskelmasse fjärnes patella med tilsvarende däkkende Hud, hvorved der blev god Plads for Dränage; gennem condyli tibiæ og femoris anbringes 2 Stålstifter. Forlöbet ganske godt; der er Udsigt til Ankylose i Leddet. Pat. er endnu under Behandling. *Kr. Poulsen.*

JENS SCHOU: **Om Anvendelsen af Läderhylstre til Efterbehandlingen af Klumpfödder.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 841.

Efter at Klumpfoden så godt som muligt er korrigeret, tages en Gibsmodel af samme, hvorefter der forarbejdes en Läderbandage, som

efter Törring opskäres i Midten; den forsynes med Snörehuller og kan let anbringes; Pat. kan gå med en almindelig Stövle udenpå Läderhylsteret. For at modvirke Stivhed af Fodleddet aftages Bandagen et Par Gange daglig for at foretage Bevägelser af Foden og Massage af Muskulaturen. Forf. anbefaler varmt Brugen af disse Läderhylstre, der også godt lade sig anvende som en Slags Natskinner.

Kr. Poulsen.

A. ELIASSON: **Om aktinomykos hos människan.** Hygiea 1896, II, s. 337.

Efter några anmärkningar om utvecklingen af vår kunskap om sjukdomen, redogör förf. för 16 egna fall af aktinomykos, vårdade å lasarettet i Ystad. Jämte dessa förfogar han öfver 22 fall, som behandlats polikliniskt. I samtliga dessa fall och i 11 af de först nämnda tillhörde åkomman munnen eller dess granskap. Två fall voro s. k. bukaktinomykos; i ett fall erhöls svampar från ett subakut panaritium. Aktinomykosen torde vara allmännare hos människor i de trakter, där äfven djur hemsökas af sjukdomen; den tyckes icke vara bunden vid hafskusten. Den s. k. kornteorin, såsom källa till infektionen, är antagligen öfverskattad: svampen växer icke vid lägre temperatur (rums-), dess uppträdande såsom kornsaprofyt är icke ådagalagdt; landtbefolkningen är fåtalet bland de angripna; andra främmande kroppar ha funnits i inflammationshärden.

Då typiska och utbildade actinomycesformer stundom saknas i kliniskt karakteristiska fall, men däremot leptotrixlika bildningar ofta iakttagits, kan man fråga sig, om inte sist nämnda art — under särskilda förhållanden — kan utveckla sig till den virulenta form, som har actinomyces' karakterer. Ett oralt ursprung föreligger i öfver 90 % af fallen. Invasionen sker från tandköttet (slemhinnan) och utbreder sig i mjukdelarna — icke genom en kariös tand med fortsättning i käkbenet. Karakteristiskt för sjukdomen är dess sätt att vandra, med litet eller intet spår efter sig. Då den primära infektionshärden lätt kan förbises, finna vi häri ett stöd för att en god del af de fall, som rubricerats såsom primär lung- eller bukaktinomykos, i själfva verket äro fortledda inflammationer af oralt ursprung. Svampen kan icke hvarken spontant eller genom behandling dö ut *inom* organismen; den växer, tils den tömmer sig utåt. Härpå beror prognosen, och härefter bör behandlingen rätta sig. Jodkalium bidrager till härdens smältning och eliminering.

J. Åkerman.

M. K. ZAHRTMANN: **Dagligdags Kirurgi. Thiersch's Hudpodning.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 937.

Forf. anbefaler varmt de THIERSCHske Transplantationer ved ulcera cruris. Der foretages ingen Afskrabning af Granulationerne og ingen Narkose. Lapperne däkkes af små Karbolvandsomslag, lidt större end Frimärker, der däkke hinanden taglagte, således at Randen når Lappens Midte; de kunne derved let skiftes, hvad der sker 1 Gang daglig; efter en 4 til 5 Dages Forlöb, når Lapperne alt have häftet sig, er-

stattes de af et almindeligt större Karbolvandsomslag. Ved Anvendelsen af Karbolvandet undgås den ofte generende Infektion for forskellige Bakterier, f. Ex. bacillus cyaneus, en Infektion, der måske er bidragydende til den ikke så själden sete Nekrotisering af Lapperne. Den nydannede Hud modstår godt Recidiver, langt bedre end den spontane Cikatrisation, som finder Sted fra Sårets Rand.

Kr. Poulsen.

Psykiatri: Arne Poulsen: Studier over primär idiopatisk amentia med särligt Hensyn til Ätiologi, Symptomatologi, Diagnose og Prognose. — P. Dethlefsen: Meralgia paræsthetica. — Helweg: Om en Forandring i Opsynsforholdene på Sindssygeanstalterne.

ARNE POULSEN: **Studier over primär idiopatisk amentia med särligt Hensyn til Ätiologi, Symptomatologi, Diagnose og Prognose.** Afhandling for Doktorgraden. København 1896.

Efter en historisk Indledning definerer Forf. amentia som en i Regelen akut opstående, helbredelig Psykoseform, hvis fornemste Kriterium er Inkohärens af Tankeprocessen. Han skelner mellem en *sekundär* amentia, der opträder under Forlöbet af en anden Psykose, en *symptomatisk* amentia, der bygges på en Hovedsygdom, som ofte er af somatisk Natur og i hvert Fald ikke er nogen Psykose i Ordets strängere Forstand, og endelig en *primär*, *idiopatisk* amentia, som er den Form, han i sit Arbejde udelukkende vil skildre.

Som Grundlag benytter han 109 Amentiatilfälde fra Oringe Asyl, hidrörende fra Årene 1887 til 1894. De udgöre 15,7 % af samtlige Patienter efter Fradrag af alle Genindläggelser. De 38 vare Mänd, de 71 Kvinder. Hyppigst repräsenterede vare Aldersklasserne fra 16 til 30 År, som omfatte de 61 Tilfälde af de 109. Han behandler dernäst Spörgsmålet om Herediteten og de okkasionelle Årsager, herunder särligt den puerperale Infektion og Avtointoxikationen, uden at nye Momenter fremdrages. De forskellige Sygdomsstadier skildres under Grupperne: Initialstadiet, Forvirringsstadiet, det hallucinatoriske Efterstadium, Stuporstadiet og Rekonvalescensstadiet. Dernäst beskrives udförligt de psykiske Symptomer og ganske kort de somatiske. Og han går så over til de enkelte Former, af hvilke han opstiller: amentia completa, a. depressiva, a. maniacalis, a. paranoica, a. apathica og a. med stupor-katatonisk a., som oplyses ved Meddelelsen af 30 Sygehistorier. Efter en kort Omtale af Differentialdiagnosen beröres Forholdet mellem amentia og paranoia, hvor han fastholder Tilvärelsen af en akut paranoia og formulerer sin Anskuelse derhen, at den typiske paranoia hyppig indeslutter en kortere eller längere Forvirringsfase, at ligeledes en kronisk, atypisk paranoia kan kompliceres med en akut Forvirringstilstand, at der i själdnere Tilfälde forekommer en akut, forvirringsfri, helbredelig Forrykthed, og at endelig en amentia kan gå

over i sekundär uhelbredelig Forrykthed. Sluttelig omtales Prognosen, og det oplyses, at af de 109 Patienter ere 65,1 % helbredede, 28,5 % uhelbredte, 6,4 % döde.

P. D. Koch.

P. DETHLEFSEN: **Meralgia paræsthetica.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 985.

D. giver en kort Skildring af den under ovenstående Navn beskrevne Lidelse og meddeler, at han selv har iagttaget 3 Tilfälde af den, to hos Mänd på henholdsvis 28 og 52 År, et hos en 17-årig Kvinde. De behandledes alle tre med Indgnidninger med Veratrinsalve, hvorved den ene helbredede, den anden bedredes, den tredje blev uforandret. *P. D. Koch.*

HELWEG: **Om en Forandring i Opsynsforholdene på Sindssygeanstalterne.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 865.

Overlägen ved Asylet ved Vordingborg udtaler sig om de betydelige og iöjnefaldende Mangler ved den nuvärende Ordning af Sygeplejen på Sindssygeanstalterne. Som bekendt er denne overladt til ganske unge Tjänestepiger og Karle, som komme til den uden nogen som helst Uddannnelse og på Grund af den dårlige Lön og de utilfredsstillende Forhold, hvorunder de leve, meget hurtigt igen söge bort. Det, der må önskes, er äldre Folk, som knyttes fastere til Anstalten, ere i Besiddelse af noget större Dannelse end det nuvärende Personale og have fået en vis Uddannelse i Sygepleje. Der vil hertil kräves for Mändenes Vedkommende, at de kunne gifte sig, for Kvindernes, at de få eget Värelse og en passende Lön. Man vilde forelöbig vinde overmåde meget, om 6 til 7 af hvert Kön af det nuvärende Personale for Oringes Vedkommende erstattedes med sådanne Kräfter. Vanskeligheden vil väre at finde Personerne, da disse näppe i Öjeblikket ere til Rede. Men lykkedes det at få Forholdene i övrigt bedrede, så der var Betingelser for at stille dem således, som de naturligt måtte kräve, ville passende Kräfter dog sikkert mälde sig.

P. D. Koch.

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: I. I. KARVONEN: Tutkimus-yrityksiä vaikean syfiliksen etiologian selvittämiseksi. — L. NIELSEN: Melanosis et Keratosis arsenicalis. — HUGO HOLSTI: Ett fall af melanodermi vid invärtes bruk af arsenik för terapevtiskt ändamål. — KR. GRÖN: Et Par Tilfälde af ROSENBACHS zoonotiske Finger-erysipeloid. — H. KAARSBERG: Dränagen ved lupus nasi. — E. EHLERS: Fra den 3dje internat. dermatolog. Kongres i London.

I. I. KARVONEN: **Tutkimus-yrityksiä vaikean syfiliksen etiologian selvittämiseksi.** Helsingissä 1896 — text 76 s., kasuistik 80 s.

(Forskningsförsök till utredning af de svåra syfilisformernas — syphilis anomalis' — etiologi.)

Arbetet sönderfaller i två afdelningar. I den förra söker förf. lösa sin uppgift genom kritisk behandling af de olika författarnes uttalanden i frågan, därtill bifogande egna kliniska iakttagelser, samt kommer på grund häraf i likhet med FOURNIER m. fl. till det resultat, att de svåra syfilisformerna i de flesta fallen hafva sin orsak i sjukliga förändringar af den smittade organismen, alkoholism, tuberkulos o. s. v.

I den senare afdelningen framlägger förf. resultatet af sina försök att genom urinanalyser (gjorda enligt GAUTSELETS metod) utreda, huruvida en likartad diates möjligen kunde framvisas hos de af svåra syfilisformer hemsökta individerna. Resultatet utföll negatift, ity att ingen sådan likartad diates kunde konstateras.

Såsom särskildt beaktansvärd kan framhållas förf:s iakttagelse, att bothriocephalus stundom synes förorsaka såväl idiosynkrasi mot kvicksilfver som svåra och envisa symptom, hvilka hvardera försvinna sedan masken aflägsnats.

C. Lundström.

L. NIELSEN: **Melanosis et Keratosis arsenicalis.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 1009, 1037.

Afhandlingen indledes med en en 66-årig Mand vedrörende Sygehistorie; vedkommende havde i lange Tider brugt Arsenik, hovedsageligt for et Ekzem, og havde derved erhvervet en udbredt Melanose og og Keratose i Hånd- og Fodflader. *Melanosen* er set opträde efter mere tilfäldige akute og kroniske Arsenikforgiftninger; men langt hyppigere udviklet under medikamentel Brug af Arsenik, särligt efter langvarig Brug af samme. Her fölge de af Literaturen samlede Angivelser om det forudgangne samlede Forbrug af Arsenik, samt Beskrivelse af Udviklingen af Melanosen, af dennes Farve, om Slimhindernes Forhold derved, om Varigheden af Pigmenteringen, om Diagnose, Prognose og Behandling. Kendskabet til den *palmare og plantare Keratose* stammer fra den nyeste Tid og skyldes hovedsageligt HUTCHINSON (1887); også denne er oftest set som Fölge af medikamentel Anvendelse af Arsenik; for Udviklingen af denne Lidelse synes Kön og Alder at have

Betydning; Kvinder og Börn angribes själdnere. Lidelsen er oftest symmetrisk, den opträder oftest både i Hånd- og Fodflader, og dels som diffus Keratose, dels som spredte Horndannelser. Disse to Hovedformer beskrives så närmere; undertiden forekommer der, isär med Horndannelserne, en stärk Hyperidrose, undertiden også Erytem og Betändelsesfänomener. Spörgsmålet om sådanne Horndannelsers Overgang i Epiteliom afhandles derefter i Henhold til de i Literaturen foreliggende Oplysninger, og Forf. udhäver derved, at verruköse Dannelser og navnlig Hudhorn overhovedet ikke själdent gå over i Epiteliom. Närmere Kendskab til Arsenikkeratosens Patogenese og Histologi mangle hidtil. Afhandlingen sluttes med en righoldig Literaturoversigt.

I *E. Ehlers's Bemärkning til Dr. L. Nielsens Afhandling om melanosis* o. s. v. (Hosp.-Tid., anf. Sted, S. 1045) vil denne Forf. hävde, at *Akrodynien* var en Ergotisme-Epidemi og ikke, som antaget af N., stammede fra Arsenikforgiftning.

I *L. Nielsens Svar til Dr. E. Ehlers* (Hosp.-Tid., anf. Sted, S. 1068) hävder Dr. N. ret skarpt Berettigelsen af sin Tydning.

R. Bergh.

HUGO HOLSTI: **Ett fall af melanodermi vid invärtes bruk af arsenik för terapevtiskt ändamål.** Finska läkaresällsk. handl., bd 38, s. 454.

Hos en 12-årig flicka, som för chorea minor vårdades å medic. kliniken, uppträdde, efter det pat. under nära två månader intagit arsenik, i början 9 droppar solut. Fowleri om dagen och stigande med en droppe för dagen hvar tredje dag till 8 droppar 3 gånger dagl., följande symptom af arsenikförgiftning: huden å buken hade en alldeles svartbrun färg, det samma var äfven fallet med nacken och halsen, medan å bröstet, ryggen och skuldrorna huden visserligen var mörkare färgad än normalt, men dock betydligt ljusare än å de först nämnda ställena. I ansiktet och å extremiteterna förefans ingen mörkfärgning, icke häller å de synliga slemhinnorna. Å underarmarnas nedre delar och å händerna förefans en stark erytematös rodnad, hvarjämte å dessa ställen öfverhuden aflossade i stora stycken, ungefär som efter en scarlatina. Därjämte funnos såsom otvetydiga symptom af arsenikförgiftning bristande matlust, afmagring, blek ansiktsfärg, albuminuri samt uppträdande i urinen af en kromogen substans, ur hvilken, då urinen stått en dag, ett mörkfärgadt pigment bildade sig. Såsom möjligen beroende på samma intoxikation anföras katarr i näsans och svalgets slemhinna samt en lindrig temperaturstegring. Däremot uppträdde icke några gastro-intestinala störingar, icke häller de vid arsenikförgiftningar så vanliga störingarna från nervsystemet. Förf. säger därföre, att man vid arsenikmedikation ej må bedöma organismens tolerans mot läkemedlet uteslutande på grund af ventrikelns och tarmkanalens förhållande, utan vara på sin vakt och noga gifva akt äfven på andra symptom såsom bristande matlust, afmagring och tilltagande blekhet samt särskildt äfven affektionen af huden, njurarna och luftvägarnas slemhinna.

R. Sievers.

KR. GRÖN: **Et Par Tilfälde af Rosenbachs zoonotiske Finger-erysipeloid.** Tidsskr. for den norske Lägeforening 1896, Nr 17, S. 423—428.

Forf. meddeler 2 Tilfälde af denne Zoonose, iagttagen hos en Pölsemagersvend og en Slagter. I begge Tilfälde udviklede sig i Tilslutning til lette Fingerläsioner en röd voldformig Ring omkring Såret; denne udbredte sig i Begyndelsen excentrisk; men under Brug af 1 $^0/_{00}$ Thymolomslag gik Dermatiten hurtigt over uden komplicerende Almensymptomer.

Anhangsvis refereres Literaturen.

Kr. Grön.

H. KAARSBERG: **Dränagen ved lupus nasi.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 1042.

Forf. advarer mod den ved Arstramning let indträdende stärke Forsnävring eller Tillukning af Näseborene efter kirurgisk Behandling af lupus på Näsen og i det hele på Ansigtet. Han tilråder langvarig, endog mere end årelang Indförelse af et böjet Gummidränrör i bägge Näseborene hver Aften.

R. Bergh.

E. EHLERS: **Fra den 3dje internat. dermatolog. Kongres i London.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 874.

Forf. refererer Diskussionen om Sublimatindspröjtninger mod Spedalskhed, og om Prurigo-Spörgsmålet.

R. Bergh.

Obstetrik och gynekologi: H. VOGT: Om puerperal Dödelighed og dens Forhold til Antiseptik og operativ Födselshjälp i Norge 1882—1891. — VEDELER: Et Tilfälde af spondylolistesisk Bäkken. — G. HEINRICIUS: Om symfyseotomi. — TVEDEGAARD: En Modifikation af det Horwitz'ske Födselsleje. — H. GRANFELT: Om myomotomi.

H. VOGT: **Om puerperal Dödelighed og dens Forhold til Antiseptik og operativ Födselshjälp i Norge 1882—1891.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1896, S. 657—685.

Forf. anstiller Sammenligning mellem de tvende på hinanden fölgende qvinquennale Perioder, hvoraf fremgår, at Mortaliteten i den sidste er större end i den förste (5,4 mod 4,8 pro Mille). Året 1891 udviser dog lidt gunstigere Forhold.

Tangen har väret betydelig hyppigere anvendt i den sidste end i den förste Periode.

I de to störste Byer, Kristiania og Bergen, er den totale Dödelighed for Kristiania i de förste 5 År 3,6 p. M. (hvoraf 2,2 ved Infektion), i de sidste År 3,9 og 2,2; for Bergen henholdsvis 6,5, 6,8 og 4,6 og 3,4. I Bergen er Operationerne hyppigere.

Der existerer ingen Paralellisme mellem den puerperale Mortalitet og Dödeligheden over hele Riget.

På Födselsstiftelserne er Mortaliteten aftaget. Den er först og fremst afhängig af Behandlingen af Födselen og ganske särlig af at vaginal Exploration undgåes navnlig efter, at Fosteret er kommet ud.

Laache.

VEDELER: **Et Tilfälde af spondylolistesisk Bäkken.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1896, S. 833—835.

Forf. har tidligere refereret en Födselshistorie ved et spondylolistesisk Bäkken — det förste i Norge beskrevne.

Han meddeler nu et nyt Kasus, der opdagedes tilfäldig uden at Födsel var tilstede. Patienten var en 32 År gammel gift Kone, som klagede over Hold nederst i Maven, hvilket hindrede hende for at gå oprejst. Hun kom ind til Lägen stöttende sig på en Stok.

Ved Undersögelsen påvistes en Lordose samt en egen prominerende eller knudret Tilstand af den övre Del af os sacrum. Ingen Ömfindtlighed. Ved Palpation gennem Abdominalväggen fandtes 5te Lumbarhvirvels Legeme for en Del gledet ned over överste Del af os sacrum, hvilket ved Exploration blev end tydeligere.

Conjugata diagonalis = 11 Cm., den brugbare conjugata vera altså lidt over 9 Cm., altså kun 1 Cm. forkort. Dette forklarer, at hun födte sit 2det fuldgåede Barn for 7 Måneder siden med forholdsvis Lethed og, som det synes, ved Naturens Hjälp. Det förste Barn, der kom 8 Uger for tidlig, blev forlöst med Tang.

Laache.

G. HEINRICIUS: **Om symfyseotomi.** Finska läkaresällsk. handl. 1896, s. 1.

Förf. har icke tidigare velat offentliggöra sina åsikter om symfyseotomin, utan tyckt, att operationens »Sturm und Drangperiod» först skulle förgå, innan han för tidskriftens läsare skulle meddela det af honom den 23 maj 1894 opererade fallet samt angifva indikationerna för operationen. Operationen utfördes på en kvinna med en conjugata vera på 7,5 cm., fostret föddes lefvande och vägde 3,380 gm. Någon tid efter operationen befans i ärret en fistel ledande till blottadt ben, den utskrapades d. 5 juli, men var läkt först d. 25 oktober. Senare uppstod dock en ny fistel, som efter utskrapning d. 7 januari 1895 och d. 4 april i juni läktes. Sedan refererar förf. de i Finland gjorda fyra öfriga symfyseotomierna, två af TÖRNGREN, en af ENGSTRÖM och en af icke namngifven operatör. Vid referatet af den af ENGSTRÖM gjorda operationen bifogar förf. ett meddelande om, att samma kvinna två år efter operationen spontant födde ett foster, vägande 3,630 gm. Efter att ha anfört olika författares åsikter om indikationerna och redogjort för de faror operationen medför, slutar förf. med att precisera sin ståndpunkt i frågan. Han anser operationen berättigad hos omföderskor med en conjugata af 7—8 cm. vid lefvande foster, om infektion icke inträdt, särskildt då modern önskar ett lefvande barn; han anser operationen endast böra utföras på sjukhus, och slutligen anser

han, att i vissa fall den födande kvinnan själf skall välja mellan symfyseotomi och kraniotomi på lefvande foster.

Törngren.

TVEDEGAARD: **En Modifikation af det Howitz'ske Fødselsleje.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 989.

Forf. beskriver en af ham foretagen Modifikation ved det HOWITZske Födselsleje og tydeliggör dem ved to Tegninger.

F. Nyrop.

H. GRANFELT: **Om myomotomi.** Finska läkaresällsk. handl. 1896, s. 213.

Förf. har gjort en sammanställning af alla på gynekologiska kliniken i Helsingfors utförda myomotomier både per laparotomiam och per vaginam. Sedan den 8 april 1877 till den 1 januari 1896 har utförts 81 laparomyomotomier, 20 kastrationer för myom och 3 totalexstirpationer, samt per vaginam 10 enukleationer samt 44 myomektomier (af pedunkulerade myom). 5 laparomyomotomier gjordes enligt PÉAN med extraperitoneal behandling af stumpen, ett dödsfall genom shoc; 18 utfördes enligt SCHRÖDER med 5 dödsfall (4 sepsis); vid en försänktes en elastisk ligatur, 1 dödsfall; 24 utfördes enligt CHROBAK med retroperitoneal behandling af stumpen, 2 dödsfall i sepsis; 15 enukleationer enligt MARTIN med 2 dödsfall, 18 myomektomier vid subseröst pedunkuleradt myom med 3 dödsfall; 3 totalexstirpationer gjordes med ett dödsfall. Vid de per vaginam utförda enukleationerna förekom intet dödsfall, men vid de per vaginam utförda myomektomierna ett dödsfall. Mortaliteten vid kastrationerna var 5 %.

Temperaturstegring efter operationen förekom i de enligt PÉAN opererade i 100 % af fallen, i de enligt SCHRÖDER i 100 %, i de enl. CHROBAK i 38 %, i myomektomierna genom laparotomi i 44,4 %, i enukleationerna enligt MARTIN i 57,1 %, i kastrationerna i 36,8 %.

Törngren.

Pediatrik: EHLERS: Den såkaldte »Kirtelsyge».

EHLERS: **Den såkaldte "Kirtelsyge".** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 961.

Forf. giver i denne Artikel et Indläg imod den äldre Opfattelse af Begrebet »Kirtelsyge» som en selvständig Sygdom. Med dette Mål for Öje gengiver han en af ham tidligere holdt Forelæsning over dette Ämne, hvori tillige meddeles en Oversigt over det af BAZIN opstillede Skrofulosesystem.

Hovedformålet er at bekämpe den äldre Opfattelse af disse Sygdomstilfälde, i Fölge hvilken Arveligheden spillede den störste Rolle som Årsagsmoment. I Modsätning hertil träde i vore Dage Smitte-

forholdene i förste Räkke, og de som »Kirtelsyge» betegnede Tilfälde ere tilfaldne dels og i Hovedsagen Tuberkulose, dels Syfilis.

G. G. Stage.

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi: R. SIEVERS och T. W. TALLQVIST: Kliniska observationer rörande verkan af theobrominum natrio-salicylicum.

R. SIEVERS och T. W. TALLQVIST: **Kliniska observationer rörande verkan af theobrominum natrio-salicylicum.** Från Maria sjukhus i Helsingfors.

Förff. konstatera genom anförande af 5 kliniskt noggrant iakttagna fall den starka diuretiska verkan, som theobrominum natrio-salicylicum kan utöfva vid kärl- och hjärtsjukdomar samt dess gynsamma inflytande vid många fall af kardial dyspnoë, asthma och angina pectoris. Medlet användes i en dos af 4—6 gm dagligen.

Sievers.

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi: Tvetydigt rättsmedicinskt fall i Gefle. Det tvetydiga rättsmedicinska fallet i Gefle. Ett tvetydigt rättsmedicinskt fall i Gefle. J. E. BERGVALL: Genmäle, rörande det rättsmedicinska fallet i Gefle. TH. PETRÉN: Det tvetydiga rättsmedicinska fallet i Gefle. Läkarne och det rättsmedicinska fallet i Gefle. Två läkareutlåtanden om det rättsmedicinska fallet i Gefle. G. NAUMANN: Det rättsmedicinska fallet i Gefle. Det rättsmedicinska fallet i Gefle. Genmäle. — GORDON NORRIE: Kirurgisk Akademis Historie: Akademiets Stiftelse. — GORDON NORRIE: Måtte medici praktisere som Kirurger? — A. H. BAGGE: Författningshandbok för läkare. — Förslag till stadga angående sinnessjuke, afgifvet d. 29 febr. 1896. — Det omredigerade förslaget till nytt vakcinationsreglemente. — Medicinska riksdagsfrågor. — E. EHLERS: Fra det islandske Lägemöde i Reykjavik. — Skoleloven og Hygiejnen. — SÖREN HANSEN: Om offentlig Behandling af veneriske Sygdomme. — H. A. NIELSEN: Lidt om Grundvandet som det bedste og ufarligste til Drikke- og Brugsvand med särligt Henblik på det mindre, private Forbrug. — P. KNUDSEN: Ködkontrol i söndre själlandske Fysikats Köbstäder. — G. BORCH: Kampen mod Tuberkulosen. — E. M. HOFF: Stadslägens Årsberetning angående Sundhedstilstanden i Köbenhavn for 1895. — G. H. DOVERTIE: Om lungsotens frekvens i Sveriges städer.

Tvetydigt rättsmedicinskt fall i Gefle. Notis i Eira 1896, s. 394.

Det tvetydiga rättsmedicinska fallet i Gefle. Redaktionsartikel. Eira 1896, S. 419.

Ett tvetydigt rättsmedicinskt fall i Gefle. Eira 1896, s. 435.

Sjukdomsberättelse afgifven af d:r E. NYLANDER; sektionsberättelse af d:r A. ÅMAN; vittnesmål af prof. A. KEY-ÅBERG och d:r K. AX. BERGH.

J. E. BERGVALL: *Genmäle, rörande det rättsmedicinska fallet i Gefle.* Eira 1896, s. 456.

TH. PETRÉN: *Det tvetydiga rättsmedicinska fallet i Gefle.* Eira 1896, S. 491.

Läkarne och det rättsmedicinska fallet i Gefle. Redaktionsartikel. Eira 1896, S. 518.

Två läkareutlåtanden om det rättsmedicinska fallet i Gefle. Eira 1896, s. 521.

G. NAUMANN: *Det rättsmedicinska fallet i Gefle.* Eira 1896, s. 566.

Det rättsmedicinska fallet i Gefle. Genmäle. Eira 1896, s. 603.

Dessa uppsatser innehålla utdrag ur rättegångshandlingar och obduktionsprotokoll, rörande tjänarinnan Johanna Charlotta Lenströms i Gefle plötsliga död samt åtskilliga läkares diskussion, angående uppkomsten af de skador, i följd af hvilka Lenström aflidit. Dessa skador, som utgjorts af krossår å hufvudet samt å händerna, skulle enligt hennes husbondes predikanten Norbergs utsago uppkommit på det sätt, att hon under ett nervöst anfall upprepade gånger fallit omkull och därvid stött hufvudet mot en hvass sten. Läkarne hafva nu i dessa uppsatser diskuterat den frågan, huruvida dessa skador verkligen kunnat uppkomma på det sätt, som Norberg uppger, eller om de möjligen blifvit på annat sätt tillfogade henne.

C. O. Olin.

GORDON NORRIE: **Kirurgisk Akademis Historie: Akademiets Stiftelse.** Köbenhavn 1896.

Skriftet behandler Kampen mellem medici og Kirurger i Tidsrummet fra Struensee til kirurgisk Akademis Stiftelse i 1785. Forf. dvæler ved den Reformplan, som GUNNERUS og CHR. JOH. BERGER havde udarbejdet, og ved de derpå fölgende Bestræbelser fra det medicinske Fakultets Side for at få det anatomisk-kirurgiske Teater inddraget under Universitetet. Udförligt fremstilles den ihärdige Virksomhed, som udfoldedes af den 1776 til Kirurgiens Ophjälpning nedsatte Kommission, hvis Reformforslag til sidst strandede på de dertil udkrävede store Udgifter af Kongens Kasse. Endelig skildres i et Hovedafsnit Kirurgernes heldige Bestræbelser for at få et kirurgisk Akademi oprettet som en särlig og ganske selvständig Institution, hvorved alle Universitetets Planer kuldkastes. Ved at aftrykke talrige, hidtil ukendte Aktstykker fra Arkiverne bringer Forf. vigtige Oplysninger til Veje. Skriftet giver tillige mange biografiske data om Kampens Hovedpersoner og er udstyret med smukt udförte Porträter af de fire ledende Kirurger: CRÜGER, HENNINGS, KÖLPIN og BODENDICK.

Jul. Petersen.

GORDON NORRIE: **Måtte medici praktisere som Kirurger?** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 1038.

I Anledning af en i en Anmäldelse af hans Skrift om kirurgisk Akademis Stiftelse gjort Bemärkning söger Forf. närmere at begrunde sin fra den almindeligt gäldende afvigende Opfattelse af de gamle medicinske Doktorers Praxisret.

Jul. Petersen.

A. H. BAGGE: **Författningshandbok för läkare.** Andra tillökade upplagan, 8:v, 394 sidor. P. A. Norstedt & söners förlag, 1896.

Denna nya upplaga, som i hufvudsak öfverensstämmer med den första, är tillökad med den första upplagans utgifvande tillkomna författningar och förordningar — (dock saknas bland dessa dels författningar angående observations- och karantänsåtgärder mot kolera).

Ett i synnerhet för embetsläkare värderikt tillägg har handboken erhållit i de såsom bilagor införda af prof. KEY-ÅBERG dikterade obduktionsprotokoll, hvilka visa obduktionsstadgans tillämpning i en del olika fall, samtliga utgörande typer för de vanligast förekommande och viktigaste rättsmedicinska obduktionerna.

C. O. Olin.

Förslag till stadga angående sinnessjuke, afgifvet den 29 febr. 1896. Redaktionsartikel. Eira 1896, s. 354.

En kortare granskning af nämnda förslags hufvudsakliga innehåll.

C. O. Olin.

Det omredigerade förslaget till nytt vakcinationsreglemente. Redaktionsartikel. Eira 1896, s. 184.

Medicinska riksdagsfrågor. Redaktionsartikel. Eira 1896, s. 220.

C. O. Olin.

E. EHLERS: **Fra det islandske Lägemöde i Reykjavik.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 849.

Forf. gör opmärksom på de ved Lägemödet i Avgust faldne Udtalelser, som tyde på, at det nu vel bliver til Alvor med Oprettelsen af et Leproseri (Hospital) deroppe.

R. Bergh.

Skoleloven og Hygiejnen. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 1033.

Bestyrelsen for den alm. danske Lägeforening har til Kultusministeriet indgivet et Andragende om, at der ved fornyet Behandling i Rigsdagen af Forslaget til en Omordning af Almueskolen må blive indsat i dette en Paragraf så lydende: »Nye Skolelokaler skulle opföres og indrettes i Overensstemmelse med de Fordringer, der nu i hygiejnisk Henseende må stilles til et godt, tidssvarende Skolelokale. Det samme gälder Ombygning af äldre Lokaler. Forinden Opförelsen skulle Planer og Tegninger i hvert enkelt Tilfälde godkendes af en sagkyndig.» Forslaget er ledsaget af en längere Motivering.

Ax. Ulrik.

SÖREN HANSEN: **Om offentlig Behandling af veneriske Sygdomme.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 1017.

Forslag om at udvide den Personer, der lide af venerisk Sygdom, i Fölge Lov af 10 April 1874 tilkommende Ret til at fordre sig tagne under Kur for offentlig Regning til at omfatte ambulant Behandling

af dertil egnede Tilfälde ved särligt avtoriserede Läger og under offentlig Kontrol. *Ax. Ulrik.*

H. A. NIELSEN: **Lidt om Grundvandet som det bedste og ufarligste til Drikke- og Brugsvand med särligt Henblik på det mindre, private Forbrug.** Tidsskr. f. Sundhedspl., R. 1, Bd 5, S. 117.

Handler om Kendetegnene på pålideligt Drikkevand og de til Vandforsyning almindeligst benyttede Fremgangsmåder.

Ax. Ulrik.

P. KNUDSEN: **Ködkontrol i söndre själlandske Fysikats Köbstäder.** Tidsskr. f. Sundhedspl., R. 1, Bd 5, S. 172.

Ködkontrol er efterhånden indfört i Næstved, Præstö, Stege, Korsör og Skælskör; Tillöb til Kontrol, men uden stor Betydning, findes i Vordingborg, Sorö og Köge. I Næstved benyttes blåt Stempel for godt Köd, sort Stempel for Köd, som bör underkastes längere Kogning, Afvisning for ringere Varer og Konfiskation for Köd, som er utjänligt til Menneskeföde; i de sidste to År afvistes 23 Dyr, konfiskeredes 47. *Ax. Ulrik.*

G. BORCH: **Kampen mod Tuberkulosen.** Ugeskr. for Läger, R. 5, Bd 3, S. 1009.

Forf. meddeler, at Sundhedskollegiet ved Henvendelse til Justitsministeriet har gjort Skridt til at få indfört gratis Desinfektion efter Tuberkulose, og at desuden den officielle Dödsårsagsstatistik söges udvidet til at omfatte hele Landet i Steden for som hidtil kun Köbstäderne og Handelspladserne. Disse Besträbelser foreslås supplerede ved Indsamling af skematiske Oplysninger om Tuberkulosens Udbredelse i Öjeblikket. *Ax. Ulrik.*

E. M. HOFF: **Stadslägens Årsberetning angående Sundhedstilstanden i Köbenhavn for 1895.** Köbenhavn 1896. 22 S. + Tab.

Köbenhavns epidemiske Sygelighed har i 1895 väret mindre end i de närmest foregående År siden 1888, nemlig 152 på 1000 Indbyggere. — Af *Dysenteri* indförtes 3 Tilfälde (med et Dödsfald) fra Udlandet ad Sövejen. — Af *tyfoid Feber* forekom 623 Tilfälde (i 1894 362) med 56 Dödsfald. — Af *epidemisk cerebrospinalmeningitis* anmäldtes 16 sporadiske Tilfälde. — Af *Difteri* (og *Krup*) indtraf 1 905 Tilfälde (forrige År 3 339) med 114 Dödsfald; Dödelighedskvotienten er lavere end noget År i det närmest foregående Decennium. — Af *scarlatina* anmäldtes 1 843 Tilfälde med 70 Dödsfald. — Af *morbilli* indtraf 2 273 Tilfälde, gradvis aftagende henimod Årets Slutning, da Epidemien ophörte; 51 Dödsfald. — *Influenza* viste et explosionsagtigt Udbrud i Marts Måned, men Epidemien tabte sig hurtig; först henimod Årets Slutning steg Antallet af Tilfälde atter; i alt anmäldtes 13 563 Tilfälde med 131 Dödsfald. — *Kolerine* havde ikke nogen betydelig Udbredelse; der anmäldtes i Årets Löb 6 985 Tilfälde. —

Af *veneriske Sygdomme* anmäldtes 5 747 Tilfälde (Gonorré 3 976, ulc. ven. 440, Syfilis 1 331) mod 5 887 i 1894.

Antallet af *levendefödte Börn* var i 1895 10 135, d. e. 30,19 p. m. I Alderklassen 0—1 År döde 1 835, d. e. godt 18 % af de levendefödte, deraf 585 på 2 274 Födsler udenfor Ägteskabet. Der födtes 229 dödfödte Börn. — Af de *döde* hörte 107 ikke til Stadens Befolkning; fradrages disse, bliver Dödelighedskvotienten 18 p. m., d. e. lavere end noget tidligere År, om hvilket Oplysning findes. På Hospitalerne döde 2 029, d. e. 33 % af samtlige döde. — Af epidemiske Sygdomme — inkl. Pnevmoni — döde 1 288; af Alkoholisme 35, Tuberkulose 984, cancer 438, Apoplexi 183, mb. cordis 334, suicidium 133, alia viol. mort. causæ 98, marasmus senilis 171, atrophia infant. 209.

Foruden Oplysningerne om Sundhedstilstand og Befolkningsforhold (efter Beregning og Folketällingen af 1 Febr. 1895) indeholder Årsberetningen Meddelelser om den kongelige Vakcinationsanstalt, om Karantäneväsenet, om Tilsynet med Plejebörn, om de i Sundhedskommissionens Laboratorium foretagne Undersögelser, samt summarisk Opgörelse af Kredslägernes Virksomhed.

Ax. Ulrik.

G. H. DOVERTIE: **Om lungsotens frekvens i Sveriges städer.** Hygiea 1896, II, s. 371.

Ehuru de statistiska uppgifterna på lungsotsdödlighet i Sveriges städer äro långt ifrån fullt exakta, tyckes dock den slutsats kunna dragas, att lungsotsdödligheten under de sista 20 åren varit stadd i minskning. Under perioden 1861—1894 var lungsotsdödligheten i alla Sveriges städer i medeltal 2,9 pro mille af den lefvande befolkningen och varierade från 3,2 för de större städerna (Stockholm och Göteborg) till 2,3 för de mindre städerna med under 2,000 innevånare. Lungsotsdödligheten är störst där befolkningstätheten är starkast; detta förhållande framträder äfven i de olika församlingarna i Stockholm. — I Stockholm har lungsotsdödligheten minskats från 3,9 pro mille 1871—75 till 2,7 1891—94. Dödligheten är rätt stor under den första barnaåldern, når sitt minimum mellan 5 och 10 år, hvarefter den hastigt stiger till sitt maximum i den högsta åldern. Detta resultat erhålles, då man, såsom tillbörligt är, tager hänsyn till antalet lefvande inom de respektiva åldersklasserna.

Edgren.

Berättelser från sjukvårdsanstalter: Beretning om Kommunehospitalet, Öresundshospitalet, Blegdamshospitalet og Vestre Hospital i Köbenhavn for 1895. — Treogtredivte Beretning om den danske Diakonissestiftelses Virksomhed, omfattende Tidsrummet 1ste Januar til 31 December 1895. — M. W. AF SCHULTÉN: Årsberättelse för år 1894 från kirurgiska sjukhuset i Helsingfors. — R. SIEVERS: Årsberättelse från Maria sjukhus i Helsingfors för år 1895. — H. MYGIND: 1ste Beretning om de af Ministeriet for Kirke- og Undervisningsväsenet oprettede Helbredelseskursus for stammende.

Beretning om Kommunehospitalet, Öresundshospitalet, Blegdamshospitalet og Vestre Hospital i Köbenhavn for 1895. Köbenhavn 1896.

I *Kommunehospitalet* (963 Sänge) fandtes ved Begyndelsen af 1895 616 Patienter, indkom i Årets Löb 8 456, udgik 7 568, döde 851, var tilbage ved Årets Udgang 653. — Forplejningsdagenes Antal var 247 945, Middelbelägningen 679, höjeste månedlig Belägning 765 (Febr. og Marts), mindste 610 (Avgust). — *1ste Afdeling:* 1 212 udskrevne, 99 döde. På 678 Operationer falde 54 Dödsfald, 1 093 Narkoser (14 Äter); et Tilfälde af Kloroformdöd. Fra 1875 har Narkosernes Antal väret 19 117 med 4 Dödsfald. To Tilfälde af erysipelas opstod på Afdelingen. — *2den Afdeling:* 1 217 udskrevne, 219 döde. — *3dje Afdeling:* 1 053 udskrevne, 188 döde. På 2den Afd. opstod 3, på 3dje 2 Tilfälde af Rosen, på bägge de medicinske Afdelinger sporadiske Tilfälde af andre Infektionssygdomme. Af cerebrospinalmeningitis er på 3dje Afd. behandlet et Tilfälde (1 död), af tyfoid Feber på 2den Afd. 69 (6 döde), på 3dje Afd. 102 (13 döde), af Lungetuberkulos på 2den Afd. 211 (59 döde), på 3dje Afd. 140 (56 döde). — *4de Afdeling:* udskrevne 1 972, döde 34. Af Patienter, behandlede for Hudsygdom, udskreves 788, Observation for Hudsygdom 19, veneriske Sygdomme 1 119, Observation for venerisk Sygdom 20. For Gonorré behandledes 384 Mänd, med ulc. vener. 5 Mänd, med Syfilis 363 Mänd mod henholdsvis 99, 15 og 170 Kvinder; kongenit Syfilis 27 Börn (9 döde), Syfilis insons 13 Tilfälde. — 2 045 Patienter behandledes ved den med Afdelingen forbundne gratis Konsultation. — *5te Afdeling:* 1 078 udskrevne, 77 döde. 466 Operationer med 45 Dödsfald. 496 Narkoser (495 Kloroform, 1 Äter). I de sidste 20½ År er der foretaget 12 256 Narkoser (9 516 Kloroform, 2 740 Äter) med 2 Dödsfald (Kloroform). 2 Tilfälde af erysipelas opstod på Afdelingen. — *6te Afdeling:* 1 469 udskrevne, 234 döde. 381 Tilfälde af Sindssygdom (5 Dödsfald), 420 Tilfälde af Alkoholisme (15 Dödsfald), 26 Forgiftningstilfälde (3 Dödsfald). — Hospitalets *Öjenklinik* sögtes af 855 Patienter, Kliniken for *Hals-, Näse- og Öresygdomme* af 722 Patienter, *Konsultationen for Kvindesygdomme* af 132 nye Patienter.

På *Öresundshospitalet* (166 Sänge) indkom i Årets Löb 503 Patienter, udskreves 452, döde 30. Sygedagenes Antal 14 556, daglig

Middelbelägning 40, störst i Juli (72), mindst i Februar (17). For febr. typhoidea behandledes 175 Patienter (9 döde), for morbilli 46 (6 döde). 152 Rekonvalescenter modtoges fra Kommunehospitalet. 3 Patienter med Dysenteri indlagdes fra Havnen.

På *Blegdamshospitalet* (normeret til 328 Sygesänge, der dog ved Extrasänge og Telte er bragt op til 385) fandtes ved Årets Begyndelse 340 Patienter, indkom 2 295, udskreves 2 311, döde 160. 90 012 Sygedage, d. e. Middelbelägning 247, höjst for Januar 361 (den 19 Jan. 385), lavest i September 187 (den 8 Sept. 164). Af Patienterne lede 1 104 af scarlatina (54 döde), 927 af Difteri (60 döde), 138 af Krup (30 döde), 104 af erysipelas (10 döde). Alle de af Krup döde og 57 af de helbredede trakeotomeredes.

Vestre Hospital (särskilt Referat).

Ax. Ulrik.

Treogtredivte Beretning om den danske Diakonissestiftelses Virksomhed, omfattende Tidsrummet 1ste Januar til 31 December 1895. Köbenhavn 1896.

På Stiftelsens Hospital fandtes i Fölge Overläge PAULLIs Beretning ved Årets Begyndelse 55 Patienter, indkom i Årets Löb 495, udskreves 449, döde 34, var tilbage ved Årets Udgang 67. Af de 550 Patienter vare 444 Kvinder, 54 Börn og 52 Mänd. Sygedagenes Antal var 26 161, den daglige Middelbelägning 71,82. — To Börn med Mäslinger, komplicerede med Krup, döde trods Trakeotomi; ingen Tilfälde af Hospitalssygdomme.

Af Operationer udförtes 123 med 11 Dödsfald, deriblandt 4 Laparotomier (2 Dödsfald) og 4 Ovariotomier (uden Dödsfald).

På Prof. HOWITZ's Afdeling (99 af Patienterne) foretoges bl. a. 5 Ovariotomier (1 Dödsfald) og 20 Laparotomier (med 4 Dödsfald).

Ax. Ulrik.

M. W. AF SCHULTÉN: **Årsberättelse för år 1894 från kirurgiska sjukhuset i Helsingfors.** Helsingfors 1896.

Enligt samma plan, som föregående år, lemnas i årsberättelsen en redogörelse för verksamheten på sjukhuset under 1894. 1,184 patienter hafva varit intagna; af dem afledo 88. 775 utskrefvos som friska, 79 som förbättrade, 41 som obotade, 75 undergingo ingen behandling.

Efter en kort redogörelse för samtliga sjukdomsfall följer en sammanställning af alla dödsfall med en analys af dödsorsakerna. 1,415 operationer hafva utförts, däraf 310 på polikliniken, som besökts af 6,239 patienter med 22,591 konsultationer (under året förut 5,473 resp. 17,786). *Hj. von Bonsdorff.*

R. SIEVERS: **Årsberättelse från Maria sjukhus i Helsingfors för år 1895.** 124 sidor 8:v, jämte vetenskapliga meddelanden med skild paginering.

Utgör den första årsberättelsen från det nya kommunala sjukhuset i Helsingfors och innehåller historik öfver sjukhusets uppkomst samt beskrifning öfver alla dess enligt paviljongssystemet uppförda byggnader

med åtföljande plancher och ritningar. Sjukhuset, som eger paviljonger endast för invärtes sjuke och för epidemiska sjukdomar, har 128 sängplatser, däraf 84 för afdelningen för invärtes sjuke och 44 för epidemiska afdelningen. Å den förra voro under 1895 intagna 761 patienter, å den senare 406, eller sammanlagdt 1,167 patienter, öfver hvilkas sjukdomar detaljtabeller meddelas. Dessutom ingår i årsberättelsen, som är uppgjord i öfverensstämmelse med dylika från sjukhus i Sverige, vetenskapliga meddelanden, tidigare tryckta i Finska läkaresällskapets handlingar och refererade i Nord. med. arkiv. *R. Sievers.*

H. MYGIND: **1ste Beretning om de af Ministeriet for Kirke- og Undervisningsväsenet oprettede Helbredelseskursus for stammende.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 995.

8 Kursus, der ledes efter den af Franskmanden BERQUAND angivne Metode, have väret afholdte, og 79 stammende optoges på de 8 Kursus, hvoraf de 7 talte hver 10 Deltagere, medens et enkelt kun talte 9. M. omtaler närmere Betingelserne for Optagelsen på Kursus, Elevernes Kön, Alder og Hjemsted, Talefejlens Årsagsforhold, Talefejlens Grad og Art, de patologiske Forandringer af Taleorganerne hos Eleverne, og endelig Helbredelsesmetodens Resultater. Gennemgående synes Resultaterne at väre meget lovende, selv om et ikke ringe Antal Elever (11) ere faldne fuldständigt eller nästen fuldständigt tilbage, efter at de have forladt Kursuset, der kun varer 20 Dage.

E. Schmiegelow.

Militär hälsovård: CHR. ULRICH: 2 Tilfälde af meningitis cerebrospinalis epidemica. — L. ERNST: Om Forsög med de Röntgenske Stråler. — JOHAN KIER: Sölvgadens Kaserne. — BONDESEN: Sundhedsvisitationerne i Hären.

CHR. ULRICH: **2 Tilfälde af meningitis cerebrospinalis epidemica.** Militärlägen, Årg. 4, S. 212.

Beskrivelse af Sygdomsforlöbet hos 2 på Köbenhavns Garnisonssygehus for nävnte Sygdom behandlede Patienter, der bägge döde. Den sidst angrebne var en Sygeplejerske, der havde passet den förste Patient og blev angreben Dagen efter, at hun havde väret beskäftiget med den afdödes Renselne og Afklädning.

Dette Tilfälde giver Forf. Anledning til Bemärkninger om Sygdommens Smitsomhed og dens, som det synes, lette Overförelse fra Lig.

Som mindre hyppige, dog også tidligere ved denne Sygdom iagttagne Symptomer, der fandtes hos den sidst angrebne Patient nävner Forf. Albuminuri, cystitis og Ansamling i det ene Knä med Ödem af Skinnebenet. *Joh. Möller.*

L. ERNST: **Om Forsög med de Röntgenske Stråler.** Militärlägen, Årg. 4, S. 201.

En Fremstilling af, hvorledes de Röntgenske Stråler frembringes, og hvorledes de danne Billeder på fluorescerende Skärme og Fotografi-

plader tillige med nogle Bemärkninger vedrörende Fremgangsmåden ved Fotograferingen. *Joh. Möller.*

JOHAN KIER: **Sölvgadens Kaserne.** Militärlägen, Årg. 4, S. 146, 254.

Forf. giver först en Beskrivelse af Köbenhavns störste Fodfolkskaserne, bestemt for 2 Fodfolksregimenter og bygget närmest efter den Vaubanske Kasernetype (4 Flöje, hver med 5 Etager, omkring en firkantet, forholdsvis lille Gårdsplads). Opfört for over 120 År siden, frembyder denne Kaserne forskellige sanitäre Ulämper, på hvilke man dog, navnlig i det sidste Årti, har sögt at böde så vidt muligt. — Dernäst påviser Forf. statistisk den store Sygelighed på Grund af forskellige epidemiske Sygdomme, der i en längere Årräkke have vist sig i denne Kaserne, navnlig i Sammenligning med Fodfolkskasernen i Citadellet Frederikshavn, som har väret meget mere forskånet. Som Årsag til denne Forskel er der tidligere henvist väsentlig til Kvarterernes forskellige Beskaffenhed; men Forf. henleder tillige Opmärksomheden på de forskellige Rekruteringsforhold ved de 3 i Köbenhavn garnisonerende Fodfolksregimenter, idet de 2, som ere inkvarterede i Sölvgadens Kaserne, nästen udelukkende rekruteres fra Provinserne, og hvis Mandskab derfor er uvant med de Forhold, hvorunder det kommer til at leve i Hovedstaden, medens det i Citadellet inkvarterede Regiment fortrinsvis rekruteres fra Köbenhavn.

Joh. Möller.

BONDESEN: **Sundhedsvisitationerne i Hären.** Militärlägen, Årg. 4, S. 223.

I et Gensvar til A. PAULSENs Kritik af en Afhandling af BONDESEN om det ovennävnte Ämne (se Nord. med. Arkiv 1896, Nr 30, S. 26) fastholder den sidstnävnte sin tidligere Opfattelse af Sagen.

Joh. Möller.

Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.

Comptes-rendus des traités

publiées au

Tome XXIX.

N° 1.

AAGE A. MEISLING: **Note sur la propagation rétrobulbaire des sarcomes du globe de l'oeil.**

L'auteur commence par la relation de trois cas servant à élucider l'anatomie pathologique et le diagnostic de la propagation rétrobulbaire (spécialement en dedans de la gaîne du nerf optique) et endocrânienne des sarcomes tirant leur origine du globe de l'oeil.

Cas I. Globe phthisique rempli de masses mélanosarcomateuses; vaste propagation rétrobulbaire; envahissement du nerf optique par le tissu néoplastique malin.

Cliniquement: Amblyopie centrale de l'oeil congénère. L'examen périmétrique indique un scotome central. D'après les renseignements de la famille, une cécité complète ne tarda pas à se déclarer quelque temps avant l'issue fatale. Cause de la mort: cancer secondaire du foie.

Cas II. Sarcome choroïdien de la région postérieure du globe de l'oeil; coupe du nerf optique pigmentée. Ophthalmoscopie: Atrophie blanche du nerf optique de l'oeil congénère. Cette affection avait débuté, selon les renseignements du malade lui-même, par un rétrécissement de la partie externe du champ visuel.

Dans ces deux cas, l'observation clinique met à l'évidence une propagation endocrânienne de la tumeur.

Cas III. Sarcome choroïdien tout près de la papille de l'oeil gauche. Énucléation. Douze ans plus tard, tumeur de l'orbite droit, tumeur accompagnée de toutes les manifestations cliniques de malignité. Selon l'auteur, il s'agit ici d'une prolifération endocrânienne latente, avec propagation jusque dans l'orbite droit, manière de voir, qu'il fonde sur le fait que dès l'époque de l'énucléation, on pouvait constater une mydriase et une parésie d'accomodation de l'oeil droit.

Il va sans dire que, dans ce cas, le diagnostic est d'une difficulté insolite.

Conclusions: En présence d'une tumeur maligne du globe de l'oeil, il est d'une très haute importance de faire un examen minutieux, fonctionnel (y compris la périmétrie) et ophthalmoscopique, de l'oeil congénère. En cas de diminution de l'acuité visuelle, il y a lieu de rechercher spécialement les scotomes centraux.

N° 2.

J. V. HJELMMAN: **Contribution à la connaissance de la persistance des altérations histopathologiques des tissus dans la syphilis.**

On sait que NEUMANN démontra, il y a une dizaine d'années, que la disparition des altérations pathologiques et anatomiques des tissus, causées par les syphilides de la peau, n'est pas simultanée avec celle des symptômes cliniques; des cellules exsudatives et certaines altérations des vaisseaux persistent dans le derme, même s'il est impossible de constater macrologiquement des altérations pathologiques.

L'auteur a soumis les études de NEUMANN à un nouvel examen; il les a appliquées à une casuistique plus étendue, et il s'est efforcé de déterminer, autant que possible, l'espace de temps qui s'écoule *depuis la disparition des symptômes cliniques* jusqu'à ce qu'une restitution du tissu altéré puisse être constatée même à l'aide du microscope. Dans ce but, l'auteur entreprend de nombreuses excisions des tissus qui ont été à différentes dates le siège d'efflorescences syphilitiques. Voici, en abrégé, les différentes manifestations syphilitiques qui ont été soumises à l'analyse de l'auteur, et les résultats de leur examen microscopique.

Chancre syphilitique: Il a été pratiqué dans cinq cas des excisions de tissus qui avaient été antérieurement les sièges d'un chancre. Dans chacun de ces cas, qui tous se rapportent à des hommes, le siège primaire du chancre a pu être exactement précisé. Les excisions ont eu lieu 5, 6, 7, 11 et 20 mois après l'infection. Le temps écoulé après la guérison, c'est-à-dire depuis qu'aucune induration n'était désormais palpable, a comporté 1, 1½, 1½, 7½ et 16 mois. L'examen microscopique constata dans tous ces cas des infiltrations de cellules embryonnaires plus ou moins abondantes, tant dans la partie papillaire que dans les couches inférieures du derme. Dans le lambeau excisé 20 mois après l'infection, l'infiltration surpassait même celle des préparations de date plus récente. Le tissu élastique y manquait totalement ou présentait un réseau excessivement mince.

Syphilide érythémateuse: L'auteur a excisé un lambeau huit jours et un autre un mois après la disparition de l'exanthème. Le siège de l'exanthème fut marqué à plusieurs reprises à l'aide d'une »plume à copier». On trouva dans ces deux lambeaux une infiltration nettement prononcée, quoique peu abondante, tant autour des vaisseaux du réseau sous-papillaire, que d'un bulbe pileux ou d'une glande sébacée.

Syphilide papuleuse: Pour examiner, dans le même but et sous les mêmes rapports, le procès morbide de la syphilide papuleuse, l'au-

teur pratique des excisions nombreuses, tant de syphilides papuleuses du tronc que de plaques muqueuses du scrotum. Le maximum du temps écoulé depuis la complète résorption de la papule jusqu'à l'excision était de deux mois; le temps écoulé depuis l'infection variait de 6 à 7 mois. On put constater *dans tous ces lambeaux* des infiltrations plus ou moins abondantes des papilles autour des vaisseaux du réseau sous-papillaire et des glandes sudoripares et sébacées.

Les expériences mentionnées n'ont pas seulement un intérêt théorique; elles sont aussi d'une grande conséquence pratique. Les récidives *in situ*, fréquemment observées pendant la période secondaire, les cas d'affections tertiaires à l'endroit même qui a été le siège de quelque efflorescence syphilitique à l'état récent de la maladie: tous ces faits cliniques s'expliquent tout naturellement par la présence de ces infiltrations déposées dans le derme au début de la maladie, et non absorbées.

En ce qui concerne le traitement, l'auteur fait ressortir l'insuffisance de l'ancienne méthode du traitement symptomatique de la syphilis, qui se bornant uniquement à éliminer les symptômes macroscopiquement perceptibles, néglige les foyers de venin syphilitique déposés dans les tissus. Ces foyers subsistent quelquefois longtemps et reproduisent le virus syphilitique.

Dans le traitement des prostituées surtout, il est important, au point de vue prophylactique, de ne pas négliger ces foyers de reproduction invisibles à l'œil nu, mais que n'en sont pas moins efficaces.

Les données histologiques constatées par l'auteur militent aussi nettement, selon lui, en faveur du *traitement chronique intermittent* recommandé par FOURNIER, NEISSER etc. Il faut aussi essayer de prévenir autant que possible cette infiltration dans les tissus, qui souvent devient la source anatomique d'une prochaine rechute. Par cette raison, le premier traitement, au début de la maladie, doit être énergique. Les données histologiques indiquent enfin la nécessité d'un traitement *local.*

N° 4.

E. ISRAEL-ROSENTHAL. **Percussion du coeur, principalement au point de vue de la valeur de la percussion par dépression latérale.**

A l'opposé de Mr. Strandgaard (N. M. A. 1896, N:os 2 et 8), Mr. I.-R., s'appuyant sur des raisons tant pratiques que théoriques (v. planche a), constate qu'il est possible de tracer des limites assez distinctes, correspondant à la face antérieure du coeur entier, à la condition, cependant, qu'on laisse de côté tous les passages de bruit et de sensation incertains et faibles, afin que les limites ne deviennent pas trop larges et trop indéterminables. Dans cette investigation, l'élément palpatoire de la percussion est d'une grande valeur. En négligeant ces principes, Mr. STR., par une percussion trop subtile, a obtenu des limites »totales» très étendues, et cela quoique le plus grand nombre des personnes examinées par lui fussent petites,

maigres et du sexe féminin. La plupart des auteurs indiquent des limites décidément inférieures aux siennes. Nonobstant ses larges limites, Mr. STR. trouve, aussi bien que les autres auteurs, à l'aide des aiguilles, une correspondance satisfaisante de la matité totale avec les bords anatomiques du coeur; or, l'exactitude prétendue dépend d'une faute de marquage: pour Mr. STR., il suffit que les aiguilles soient en contact avec le coeur *en somme;* l'auteur, par contre, exige toujours que les aiguilles marquantes touchent *les points les plus périphériques* de la face antérieure du coeur. En se servant ainsi de cette méthode, on ne trouve d'ailleurs que tout à fait exceptionnellement que les bords du coeur forment à la surface thoracique le centre de courbure, comme le prétend Mr. Str.

La découverte de Mr. STR., que les limites intercostales seraient plus restreintes que celles de la percussion par dépression latérale, est une illusion qui provient d'une erreur de technique: en opérant la percussion intercostale, Mr. STR. n'a pas évité de glisser sur les côtes voisines; par suite, la limite a été masquée par irradiation des oscillations, et la matité cardiaque s'est présentée diminuée; cette filiation de causes saute entre autres aux yeux par le fait que Mr. STR. effectue la percussion intercostale, en se servant de son *doigt* comme plessimètre, sur des *nourrissons* de deux à quatre mois. L'auteur n'a jamais trouvé une telle différence entre les diverses méthodes totales.

Contrairement à l'opinion de Mr. STR., l'auteur a constaté une bonne concordance entre la dimension horizontale de RAUCHFUSS et la dimension anatomique correspondante du coeur; sur un nombre de 10 cas non choisis, la différence *maximale* fut de 1 centimètre (la différence de Mr. STR. varie de 1 à 7 cm.). La largeur de la matité cardiaque, au niveau de la ligne mamillaire, au contraire, dépasse le plus souvent la dimension correspondante du coeur d'un à deux centimètres; exceptionnellement, la différence peut s'élever plus haut, surtout quand le coeur est aggrandi; les grandes différences qu'a trouvées ici Mr. STR. sont dues à la grandeur de ses limites. C'est surtout la convergence de la limite gauche qui produit la différence; la *limite droite* tombant d'ordinaire sur une partie plane ou presque plane, donne le plus souvent une image assez correcte du bord de *l'oreillette droite.* Selon la plupart des auteurs, la distance moyenne normale de cette limite de la ligne médiane est de 3 à 4 centimètres; l'augmentation de la distance de la limite en question indique avant tout un agrandissement de l'oreillette. La dilatation du *ventricule droit* s'annonce au contraire moins par la dislocation de la limite droite, que par celle de la limite *gauche* dans *le second* espace intercostal; si la distance de cette limite, le plus souvent oscillant entre 4 et 6 centimètres chez les individus sains, dépasse 7 centimètres, le cas est très suspect; cela dépend du fait que le ventricule droit se dilate principalement en haut et à gauche; Mr. STR., d'accord en cela avec FORGET, a accentué à juste titre ce procédé.

La supériorité que Mr. STR. attribue à sa »matité relative intense», ne se justifie pas par la critique détaillée de ses arguments; il ressort de l'analyse de ses cas que, même dans les mains de Mr. STR., la matité totale a fourni des indications plus exactes que

sa matité relative intense; cette dernière ne nous donne qu'une *partie fortuite de la face antérieure* du coeur; elle varie en grandeur selon la facilité si variable des vibrations pulmonaires et thoraciques; ses limites ne sont pas tranchées, comme le prétend Mr. STR., mais au contraire plus effacées, plus subjectives que celles de la matité totale. Celle-ci, au contraire, nous donne la projection de *toute la face antérieure* du coeur, mais pas plus. Par conséquent, elle ne peut nullement fournir des indications sur *l'oreillette gauche* , tout à fait tournée à *l'arrière;* même celle sur le *ventricule gauche* qui se porte en majeure partie à l'arrière , est défectueuse et ne vaut pas mieux que la méthode ordinaire. C'est dans la détermination du *coeur droit*, que les méthodes totales maintiennent leur supériorité; de notables augmentations de cette partie du coeur peuvent dans la règle être appréciées par leur aide. D'un autre côté, un agrandissement moyen du coeur droit, souvent même anatomiquement douteux, peut se soustraire à cette méthode d'investigation; elle est donc loin de nous tout donner, quoiqu'elle constitue néanmoins un progrès indubitable.

La question de savoir à laquelle des méthodes totales (la percussion intercostale, la percussion par dépression latérale) on doit donner la préférence, est surtout une affaire de goût et d'exercice, la dernière étant toujours d'une grande valeur. En déterminant la matité totale, il faut cependant toujours percuter *légèrement* (PETERSSON), même aussi lorsqu'on se sert de la percussion par dépression latérale. On risque, sans cela, malgré la dépression des côtes, d'obtenir l'irradiation des oscillations; on palpe en outre beaucoup mieux de cette manière.

Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1897. N:r 7.

Strubekarcinomet, dets Diagnose og Behandling.

Af

Dr. E. SCHMIEGELOW.

(Foredrag holdt i medicinsk Selskab i København.)

Med 8 Zinkotypier.

Det er omtrent 13 År siden, at afdöde HOLMER[1]) offentliggjorde to Tilfälde af Strubekräft, hvorfor han på Kommunehospitalet havde foretaget Totalexstirpation af Struben. I Tilknytning hertil meddelte han en Statistik over de Resultater ved Larynxexstirpationerne, som indtil da vare opnåede af forskellige Operatörer, for så vidt Tilfäldene vare tilgängelige i Literaturen. Skönt der i 1883 kun var forlöbet 10 År, siden BILLROTH[2]) förste Gang havde udfört Operationen på en Patient, lykkedes det dog HOLMER at samle i alt 68 Tilfälde af Totalexstirpationer, hvoraf det 52 Gange drejede sig om Strubekräft. Betragte vi disse 52 Tilfälde närmere, viser det sig, at der kun i 1 Tilfälde var opnået virkelig Helbredelse, for så vidt som der var hengået 2 År efter Operationen uden Recidiv. 4 Tilfälde havde väret recidivfri fra 14 til 19 Måneder efter Operationen, 22 Patienter vare döde umiddelbart eller kort efter Operationen og Resten inden et Års Forlöb.

Som man ser, var Resultatet af Totalexstirpationen ved Strubekräft egentlig lige så utilfredsstillende som i de Tilfälde,

[1]) HOLMER: Totalexstirpation af Struben (Särtryk af Hosp.-Tidende 1883).

[2]) Se MAX SCHÜLER: Die Tracheotomie, Laryngotomie und Exstirpation des Kehlkopfes, 1880, S. 197.

der indtil 1878 havde våret behandlede med Tyreotomi. I Fölge en Sammenstilling i dette År af P. BRUNS,[1]) kendte man nemlig den Gang 19 her henhörende Tilfälde. Heraf döde 2 få Dage efter Operationen, og Resten recidiverede kortere eller längere Tid efter. Kun i et eneste Tilfälde, hvor Patienten döde af Kräftmetastaser i andre Organer, viste Struben intet Spor af Recidiv. Den samme Konklusion, som PAUL BRUNS må drage i 1878 med Hensyn til Tyreotomiens Resultater lige over for Strubekräften, kommer HOLMER i 1883 også til med Hensyn til Totalexstirpationen. Man skulde ikke stille Forväntningerne höjt; tvärt imod — Resultaterne vare meget tarvelige.

HOLMER mente med Rette, at Grunden til de slette Resultater måtte söges i den Omständighed, at man opererede for sent.

»Kun i de färreste Tilfälde har Karcinomet på Exstirpationens Tidspunkt våret endolaryngealt. Flere af disse Tilfälde ere endte med Döden i Sammenhäng med Operationen, så at det ikke kan afgöres, hvorledes Chancerne for Recidiv vilde have stillet sig; men for de gunstigere Chancer, hvor Karcinomet endnu er laryngealt, taler, at i alle de Tilfälde, der endnu vides uden Recidiv, har Karcinomet våret ganske eller hovedsageligt endolaryngealt» (HOLMER).

Spörgsmålet har siden ikke våret optaget til närmere Behandling her hjemme, og det turde muligvis derfor have sin Interesse at undersöge, hvorledes Läaren om Strubekräften, särligt Spörgsmålet om Lidelsens Diagnose og Behandling, har udviklet sig i de forlöbne 13 År. Jeg skal i det fölgende forsöge at give en Fremstilling heraf, idet jeg stötter mig så vel til mine egne Erfaringer som til, hvad der i så Henseende er fremkommet andensteds fra.

Siden 1884 har jeg i alt iagttaget 34 Tilfälde af Strubekräft; heraf angik de 21 Tilfälde Mänd og 13 Tilfälde Kvinder.

Med Hensyn til Alderen fordeles Tilfäldene på fölgende Måde:

---

[1]) P. BRUNS: Die Laryngotomie zur Entfernung intralaryngealer Neubildungen. Berlin 1878, S. 64 og fölgende.

	Mänd.	Kvinder.	Tilsammen.
20—29 År	1	—	1
30—39 »	1	—	1
40—49 »	2	9	11
50—59 »	10	4	14
60—69 »	5	—	5
70 År og derover . . .	2	—	2
Tilsammen	21	13	34

Den Aldersklasse, i hvilken Strubekräften hyppigst optråder, er 40—70 Års Alderen. För det 20de År ses Lidelsen så godt som aldrig. Dog kendes der et vel konstateret Tilfälde af Epiteliom i larynx hos et 3 År gammelt Barn, som kvaltes af Lidelsen, og hvor Nydannelsen blev mikroskopisk undersögt af VIRCHOW. [1])

I 17 Tilfälde (6 Mänd og 11 Kvinder) var Svulsten *extralaryngeal*, det vil sige, at den sad på epiglottis, ligg. aryepiglottica, Bagfladen af cartilagines arytænoideæ, undertiden sträkkende sig over på den egentlige Farynxvåg. Jeg skal i det fölgende se bort fra disse Tilfälde og kun holde mig til de *endolaryngeale* Former af Strubekräft, hvor Karcinomet sad udelukkende i Strubens Indre. Til denne Kategori må Halvdelen af de samlede Tilfälde, eller 17 Tilfälde, henregnes. Blandt disse 17 Tilfälde drejede det sig 15 Gange om Mänd og kun 2 Gange om Kvinder, et Forhold, som falder sammen med den fra anden Side gjorte Erfaring, at Hankönnet er langt mere udsat for at få cancer laryngis end Hunkönnet. [2])

Undersöge vi Udspringsstedet for Nydannelsen, viser det sig, at de sande Stemmebånd 9 Gange vare angivne som sådant, 2 Gange sad Kräften på de falske Stemmebånd, i 1 Tilfälde havde Lidelsen udviklet sig i sinus Morgagni, 1 Gang på venstre cartilago arytænoidea. I 4 Tilfälde kunde intet bestemt Sted angives, da Patienten kom så sent under Observation, at store Partier af Strubens Slimhinde vare medinddragne i Lidelsen, hvis primäre Udspringspunkt af den Grund var ubestemmeligt. Til Sammenligning hermed kan anföres en Statistik

---

[1]) REHN: Virchows Archiv, 1868, S. 129.

[2]) BUTLIN omtaler således i sit Arbejde: Malignant disease of the larynx 1883, S. 31, at af 50 Patienter med cancer laryngis vare de 40 Mänd og 10 Kvinder. Blandt 63 i Wiener Hospitaler iagttagne Tilfälde af cancer laryngis vare de 51 iagttagne hos Mänd og kun 12 hos Kvinder (GURLT: Arch. f. klin. Chirurgie 1880, S. 426).

over 55 Tilfälde af intralaryngeal cancer, iagttagne af F. SEMON,[1]) hvor Nydannelsen sad 15 Gange på Stemmebåndene, 3 Gange på Ventrikelbåndene, 2 Gange i sinus Morgagni, og 35 Gange var Udspringet ubestemt.

Hovedbetingelserne for at opnå et gunstigt Resultat ved Behandlingen af Strubekräften er en *tidlig Erkendelse* af Sygdommen. Er man ikke i Stand til at stille en Diagnose i Sygdommens förste Stadier, inden den har fået Lov til at brede sig udenfor Strubens egentlige Område, vil Udsigten til en radikal Helbredelse forringes betydeligt. Des värre syndes der endnu overordentlig meget i så Henseende. Man lever i den Tro, at cancer laryngis nödvendigvis skal give sig tilkende med Synkebesvär, Stenosetilfälde, Smerter, Kakexi og Häshed, og véd ikke, at en kronisk Häshed ofte er det eneste Symptom på en begyndende Strubekräft, og at der kan gå Måneder, för Nydannelsen ved sin videre Udbredelse og Växt giver Anledning til andre Symptomer.

For at belyse dette Forhold skal jeg tillade mig at meddele Sygehistorierne ordnede tabellarisk i Udtog:

---

[1]) SEMON: Les résultats de l'opération radicale d'affections malignes du larynx. Supplément au No 22 de la Revue de laryngologie etc. par Moure. 1895.

Tabel I.

	Alder.		Symptomer.	Forlöb.	Nydannelsens Säde.	Behandlingen.	Operationens Resultat.	Senere Skäbne.	Anmärkninger.
	Mänd.	Kvinder.							
1 $^{18}/_{11}$ 1887	49	—	Sygd. begyndte med akute laryngitiske Tilfälde og vexlende Häshed i 2 År. Intet Synkebesvär, ingen Smerter, ingen Glandelsvulster. Stemmebåndets Bevägelighed indskränket.	Efter at en Läge havde foretaget Forsög på endolaryngeal Fjärnelse, kom der Kvälning, hvorfor d. $^{16}/_{11}$ 87 *Trakeotomi.*	Venstre Stemmebånd.	$^{23}/_{11}$ 87. *Laryngofissur* og Excision af venstre Stemmebånd. (STUDSGÅRD).	Helbredelse.	Hurtigt Recidiv. Döde i 1888 af Marasme.	Mikroskopisk Diagnose (E. TSCHERNING): Fibro-adenom stilledes först, efter at der var gjort Laryngofissur.
2 $^{2}/_{2}$ 1888	—	46	Spontant udviklet Häshed i 7 Måneder, intet Synkebesvär, ingen Glandelsvulst.	En anden Läge forsögt galvanokaustisk Behandling.	Höjre falske Stemmebånd.	$^{4}/_{2}$ 88. *Partiel Larynxresektion* (Excision af höjre Halvdel af cartilago thyreoidea, höjre cartilago arytænoidea og plica interarytænoidea). (SCHMIEGELOW).	Helbredelse.	Döde 10 Måneder efter Operation. af *Cancer ventriculi.* Intet Tegn til Recidiv i Larynx. Stemmen var klangfuld, omend noget häs.	Mikroskopisk Diagnose (A. FR. RASMUSSEN): Adenom. (Adenokarcinom?)
3 $^{25}/_{2}$ 1890	65	—	I et halvt År vage, ubestemte Fornemmelser i Halsen. Ingen Smerter eller Glandelsvulst. Stemmen klangfuld. Lidt stenotisk Lyd ved forceret Inspiration. Ubevägeligt Stemmebånd.	D. $^{28}/_{2}$ 90 måtte der göres *Trakeotomi* (SCHMIEGELOW) på Grund af Glottisödem, fremkaldt ved akut Jodisme.	Höjre cartilago arytænoidea, höjre falske Stemmebånd.	$^{17}/_{3}$. *Partiel Larynxresektion* (Excision af höjre Halvdel af cartilago thyreoidea og höjre cartilago arytænoidea). (STUDSGÅRD).	Helbredelse.	1 Måned efter Glandelrecidiv. Döde 8 Måneder efter af Marasme.	

	Alder.		Symptomer.	Forlöb.	Nydannelsens Säde.	Behandlingen.	Operationens Resultat.	Senere Skäbne.	Anmärkninger.
	Mänd.	Kvinder.							
4 5/3 1890	51	—	2 Måneders Häshed efter Influenza. Stemmebåndets Bevägelighed normalt i det förste halve År. Ingen Smerter eller Glandelsvulst.	Tiltagende Häshed og Respirationsvanskelighed.	Höjre Stemmebånd.	Foråret 1891. *Total Exstirpation* af Struben. (A. IVERSEN).	Död 3 Dage efter Operationen af Pneumoni.		Jeg tilrådede ham i Oktober 1890 at få Svulstpartikler endolaryngealt fjärnede til mikroskopisk Undersögelse. Han nägtede Tilladelsen hertil og henvendte sig til en anden Läge, som behandlede ham exspektativt i et halvt År, indtil Tilstanden tvang ham til Indläggelse på Hospital i Foråret 1891.
5 13/3 1890	55	—	Spontant udviklet Häshed i 9 Måneder, Smerter i Halsen i 4 Uger. Intet Synkebesvär. Ubetydelig Hoste, Afmagring. Kakektisk Udseende, ingen Glandelsvulst. Ubevägeligt Stemmebånd.	Kun set et Par Gange.	Venstre falske og sande Stemmebånd og Forfladen af cartilago arytænoidea sinistra.	?	?	?	Tabte ham af Syne.
6 3/1 1891	54	—	Smerter og Stikken i Halsen i 14 Dage.	Kun set en enkelt Gang.	Venstre cartilago arytænoidea.	?	?	?	
7 23/4 1891	70	—	20 Års Häshed; fuldständig afonisk. I sidste halve [illegible]	Tiltagende Andedrätsbesvär, hvorfor [illegible]	Höjre falske og sande Stemmebånd. [illegible]	*Laryngofissur* og Excision af Svulstmassen. [illegible]	Helbredelse.	Döde circa ½ År efter af [illegible]	Ved Laryngofissuren fjärnedes en Polyp, der udsprang fra höjre [illegible]

			År lidt inspiratorisk Stenose. Ingen Smerter, Synkebesvär eller Glandelsvulst. Foetor ex ore. Höjre Stemmebånd ubevägeligt.	d. 13/6 91 *Trakeotomi* (STUDSGAARD)		(STUDSGAARD).			Stemmebånd og mikroskopisk viste sig at väre et godartet Fibrom, medens den övrige Del af det falske og sande Stemmebånd var gennemvoxet af et Karcinom.
8 27/5 1892	—	40	Smerter i Halsen i 9 Måneder, Häshed, stärk Hoste, Afmagring.	Tiltagende Smerter og Afmagring.	Venstre falske og sande Stemmebånd.	?	?	Ukendt.	Så hende kun en enkelt Gang.
9 12/12 1892	62	—	Af og til Häshed i 2 År. Forvärrelse i et Par Måneder. Ingen Hoste eller Smerter. Ingen Glandelsvulst. Höjre Stemmebånd ubevägeligt.	Endolaryngeal Fjärnelse af Nydannelse på höjre Stemmebånd. — Mikroskopisk Diagnose: Epitelialkarcinom.	Höjre Stemmebånds midlerste Tredjedel.	14/2 93. *Laryngofissur* og Excision af höjre Stemmebånd. (S. SAXTORPH).	Helbredelse.	Intet Recidiv i 4 År.	Stemmen var efter Operationen häs, men klangfuld. Fungerede et Par År efter Operationen som Formand i en militär Kassationsforsamling. — Den mikroskopiske Diagnose: Epitelialkarcinom blev stillet af Dr. ANKER FRODE HALK.
10 19/10 1894	68	—	Lidt Häshed i ¾ År; ingen Respirationsvanskelighed eller Synkebesvär. Gode Ernäringsforhold; i den senere Tid lidt Hoste. Ingen Glandelsvulst. Venstre Stemmebånd ubevägeligt.	Stemmen blev afonisk. Endolaryngeal Fjärnelse af Svulst til mikroskopisk Diagnose: (Pladeepitelialkarcinom).	Venstre falske og sande Stemmebånd (Ventriculus Morgagni).	30/10 94. *Partiel Larynxresektion* (Fjärnelse af Svulstmasse plus venstre Halvdel af cartilago thyreoidea). (SCHMIEGELOW).	Helbredelse.	Döde 4 Måneder efter af Recidiv.	Mikroskopisk Diagnose: Epitelialkarcinom (SCHMIEGELOW).

	Alder.		Symptomer.	Forlöb.	Nydannelsens Säde.	Behandlingen.	Operationens Resultat.	Senere Skäbne.	Anmärkninger.
	Mänd.	Kvinder.							
11 $^{9}/_{9}$ 1895	68	—	2 Måneders Häshed. Ingen Glandelsvulst, Smerter eller Afmagring. Stemmebåndets Bevägelighed ikke indskränket.	Tiltagende Häshed.	Midlerste Tredjedel af venstre Stemmebånd.	$^{23}/_{11}$. *Laryngofissur* (Excision af venstre Stemmebånd). (SCHMIEGELOW).	Döde på 7de Dag efter Operation. af Pnevmoni.		Patienten, hvis Larynx var udtamponeret med Jodoformgaze, fik Dagen efter Operationen en stärk Efterblödning fra Såret, hvorved han aspirerede en Del Blod i Lungerne. Pnevmonien begyndte på fjärde Dagen efter Operationen. — Mikroskopisk Diagnose: Epitelialkarcinom (F. DAHL).
12 $^{16}/_{10}$ 1895	55	—	I 4 Måneder Häshed, Hoste, Opspytning, af og til Åndenöd. Stemmebåndets Bevägelighed indskränket.		Venstre Stemmebånd, sträkkende sig ned i aditus laryngis inferior.	?	?	?	Kun set nogle få Gange.
13 $^{17}/_{1}$ 1896	58	—	6 År Bronchitis og Häshed. I 2 Måneder tiltagende Häshed og Åndedrätsbesvär. Intet Synkebesvär, Stemmen afonisk. Respirationen hivende. Svulne Glandelparketter.		Venstre falske og sande Stemmebånd. Venstre cartilago arytænoidea.	?	?	?	Kun set en enkelt Gang.
14 $^{11}/_{6}$ 1896	32	—	Et halvt Års Häshed. Ellers ingen subjektive Symp-	Endolaryngeal Fjärnelse af Svulsten.	Ventriculus Morgagni (höire fal-	$^{17}/_{10}$ 96. *Laryngofissur* (Excision af höire og forre-	Helbredelse.		Förste Gang Svulstmasse fjärnedes endolaryngealt til mikroskopisk Un-

			skränket Bevägelighed af höjre Stemmebånd. Rödmusset, velnäret, kraftigt bygget.	Epitelialkarcinom.		sande Stemmebånd). (SCHMIEGELOW).			*artet Papillom* (Dr. L. KRAFT). Da Svulsten hurtigt recidiverede og det laryngoskopiske Billede (navnlig den mere dybtgående diffuse Infiltration og Ubevägeligheden af höjre Stemmebånd) afgjort tydede på en malign Nydannelse, fjärnedes der på ny endolaryngealt en Del af Svulstmassen i September Måned, og den mikroskopiske Diagnose löd da på *Epitelialkarcinom* (Dr. L. KRAFT).
15 $^{25}/_{6}$ 1896	**44**	—	Ringe Häshed i et Par Måneder. Iövrigt Velbefindende, stor og stärk. Intet Synkebesvär. Ingen Glandelsvulster. Stemmebåndets Bevägelighed indskränket.	Endolaryngeal Fjärnelse af Svulstmasse. Mikroskopisk Diagnose: Epitelialkarcinom.	Venstre Stemmebånd og plica interarytænoidea og bageste Del af höjre Stemmebånd.	$^{3}/_{11}$ 96. *Laryngofissur* (Excision af venstre Stemmebånd og plica interarytænoidea og bageste Del af höjre Stemmebånd). (SCHMIEGELOW).	Helbredelse.		Havde i Juni, da jeg förste Gang så Patienten, stärk Mistanke om Lidelsens maligne Natur, skönt Infiltrationen kun var stärkt begränset til midlerste $\frac{1}{3}$ af venstre Stemmebånd. Patienten udeblev 4 Måneder af Behandlingen, og da han atter fremstillede sig i Oktober, havde Nydannelsen bredt sig over på bageste Strubeväg og begyndt at angribe höjre Stemmebånd. — Mikroskopisk Diagnose: Epitelialkarcinom (Dr. L. KRAFT).

	Alder.		Symptomer.	Forlöb.	Nydannelsens Säde.	Behandlingen.	Operationens Resultat.	Senere Skäbne.	Anmärkninger.
	Mänd.	Kvinder.							
16 13/10 1896	55	—	Ringe Häshed i 4 Måneder. I övrigt Velbefindende. Intet Synkebesvär. Ingen Glandelsvulst. Bevägeligheden af höjre Stemmebånd noget indskränket.	Endolaryngeal Fjärnelse af Svulstmasse. Mikroskopisk Diagnose: Epitelialkarcinom.	Midterste $\frac{1}{3}$ af höjre Stemmebånd.	23/11 96. *Laryngofissur* (Excision af venstre Stemmebånd). (SCHMIEGELOW).	Helbredelse.		Infiltrationen af det angrebne Stemmebånd var meget ringe. Fjärnelsen endolaryngealt til mikroskopisk Undersögelse lykkedes let ved Hjälp af den KRAUSEske Dobbeltkurette. — Mikroskop. Diagnose: Epitelialkarcinom (Dr. L. KRAFT). Han udskreves med dyb, kraftig, klangfuld Stemme.
17 10/11 1896	72	—	I 9 Måneder spontan Häshed, jävnt tiltagende. Ingen Smerter. Ingen Glandelsvulster. Stemmebåndet fixeret.	Endolaryngeal Fjärnelse af Svulstmasse. Mikroskopisk Diagnose: Epitelialkarcinom.	Hele det höjre Stemmebånd Säde for en tenformet, dyb röd Infiltration. Fortil i Kommissuren gribende lidt over på höjre Stemmebånd.	23/11 96. Begyndt *endolaryngeal Exstirpation* af det höjre Stemmebånd.		Döde af Urämi i Marts 1897.	Patienten led af en kronisk Cystit og Prostatahypertrofi, så at han i mange År har måttet kateterisere sig og bruge Bläreudskylninger. Dette i Forbindelse med hans höje Alder og debile Tilstand gjorde, at jeg ikke turde foreslå Laryngofissur, men indskränkede mig til en endolaryngeal Exstirpation ved Hjälp af KRAUSEs Dobbeltkurette. — Mikroskop. Diagnose: Epitelialkarcinom (Dr. L. KRAFT).

Betragte vi disse Tilfældes Begyndelsessymptomer, viser det sig, at det hyppigst drejer sig om en *spontant opträdende Häshed*, der havde holdt sig fra Måneder til År. I Almindelighed er der Tale om en Häshed på 3 til 9 Måneders Varighed; själdnere sträkker Häsheden sig over 2 År som i det förste Tilfälde. Når der, som i Tilfälde 7, går en 20 Års Häshed forud for Slutningskatastrofen, må dette närmest väre Udtryk for, at den kankröse Nydannelse har udviklet sig i en Strube, som i en Räkke År har väret Säde for kroniske, laryngitiske Forandringer. I et af ZIEMSSEN [1]) iagttaget Tilfälde havde Häsheden bestået i 26 År. Opträder Strubekräften under disse Forhold, bliver det vanskeligt eller umuligt at bestemme den kankröse Nydannelses Begyndelsesstadium. Den omtalte Patient Nr 7, som i 20 År havde lidt af kronisk Häshed, og som i Begyndelsen af Halvfjärdserne havde väret under Behandling af VICTOR v. BRUNS i Tübingen, der havde opereret ham for en Strubepolyp, blev först opmärksom på, at Strubelidelsen havde forandret Karakter ved, at Respirationen begyndte at blive stenotisk. På samme Måde gik det også i Tilfälde 13, hvor der i 6 År havde väret Häshed, som i den senere Tid tiltog jävnt, samtidigt med at der kom Åndedrätsbesvär i de sidste 2 Måneder; först da sögte han Hjälp for sin Strubelidelse. Det er i Almindelighed Häsheden, som driver Patienten til Lägen, og den er, som ovenfor berört, ofte det eneste Symptom i en lang Periode.

For så vidt Kräftsvulsten udvikler sig andre Steder i larynx, f. Ex. på det falske Stemmebånd, uden at genere Stemmebåndets frie Bevägelser, kan Begyndelsesstadiet i längere Tid väre fuldständig latent.

Hvor vage, ubestemte Symptomer Strubekräften i längere Tid kan give Anledning til, illustreres smukt af et af mine Tilfälde, Nr 11. Det drejede sig om en 65-årig Mand, som i et halvt År havde lidt af vexlende ubetydelige Fornemmelser, der lokaliseredes til Svälget og navnlig vare stärkest fremträdende mellem Måltiderne. Stemmen var klangfuld, til Tider ubetydelig häs. Patienten, en forhenvärende Gartner, nöd i övrigt et fuldständig godt Helbred. Jeg blev meget forundret, da jeg ved den laryngoskopiske Undersögelse fandt, at höjre falske Stemmebånd og tilgränsende Del af höjre cartilago ary-

---

[1]) ZIEMSSEN: Handbuch der Krankheiten d. Respirationsapparat. I, 2te Auflage 1879, S. 379.

tænoidea var Säde for en ret betydelig, smudsig farvet, infiltrerende Nydannelse, der kort Tid efter nödvendiggjorde Trakeotomi og partiel Resektion af Struben. Da det sande Stemmebånd endnu ikke i nogen väsentlig Grad var medinddraget i Lidelsen, fandt jeg heri en Forklaring for, at der trods Lidelsens Udbredelse endnu ikke havde udviklet sig nogen Häshed.

Indtil for få År siden så man Smerter i Struben eller i Dybden af pharynx opförte som et af Strubekräftens tidlige Symptomer.[2]) Dette skyldtes den Omständighed, at man ikke sondrede mellem de *extra-* og *intra-laryngeale* Kräftformer. Ti medens Smerter og Synkebesvär höre til de tidlige og stärkt fremträdende Symptomer i de Tilfälde, hvor Nydannelsen har sit Säde på den udvendige, faryngeale Flade af Struben, må man betragte Smerter ved de rene, intralaryngeale Kräftformer som et meget själdent Begyndelsessymptom. Kun i 3 af mine 17 Tilfälde stå Smerter overhovedet opförte som et Symptom (5, 6 og 8). Hos disse optrådte Smerterne imidlertid först som Regel langt hen i Sygdommens Forlöb. I Tilfälde 5 kom Smerterne först efter otte Måneders Häshed; i Tilfälde 6 står kun anfört, at der var Smerter og Stikken i 14 Dage; men da man af Nydannelsens Udbredelse bestemt kunde slutte sig til, at Sygdommens Begyndelse måtte ligge adskillige Måneder tilbage i Tiden, kunne Smerterne ikke henregnes til »Begyndelsessymptomer» i dette Tilfälde. Kun i Tilfälde 8 synes det, at Smerterne havde bestået siden Sygdommens Begyndelse, d. e. 9 Måneder.

Ligeledes höre Afmagring, Respirationsvanskelighed, fœtor ex ore, purulente, stinkende Opspytninger og Metastaser til de regionäre Halskirtler til Symptomer, der optråde på et forholdsvis meget sent Stadium i Strubekräftens Udvikling, og vil man afvänte Begivenhedernes Gang og udsätte Tidspunktet for en energisk Indskriden, til Lidelsen har givet sig tilkende ved disse Symptomer, ere Chancerne for et gunstigt Behandlingsresultat som Regel forspildte. Den intralaryngeale Strubekräfts overordentlig ringe Tilböjelighed til at inficere Halskirtlerne er en Omständighed, som i höj Grad berettiger operative Indgreb, der kun tager Sigte på Fjärnelsen af denne Form af Strubekräft. Undersöge vi Forholdet i så Henseende hos de

---

[1]) Se ZIEMSSEN: Anf. St., S. 371.

af mig iagttagne 17 Tilfälde af intralaryngeal Kräft, må 3 Patienter udelukkes, fordi Halskirtlernes Forhold ikke er omtalt. Hos de övrige 14 Patienter kunde man kun hos en Patient (13) konstatere Metastaser til Halskirtlerne, medens der ikke fandtes Metastaser til de regionäre Lymfekirtler hos de övrige 13 Patienter, og det skönt Strubelidelsen i flere Tilfälde havde bestået i adskillige, hyppigst 6 til 9 Måneder, i Tilfälde 4 i 10 Måneder, i det förste Tilfälde endog i to År. Denne den intralaryngeale Strubekräfts ringe Tilböjelighed til at inficere Halsglandlerne er först påvist af KRISHABER [1]) og bekräftet af senere Undersögere. I så Henseende gör en udtalt Forskel sig gäldende mellem den intra- og extralaryngeale Strubekräft, ti de extralaryngeale Kräftsvulster angribe tilsyneladende på et tidligt Tidspunkt og nästen uden Undtagelse Lymfekirtlerne.

Imidlertid gives der enkelte Tilfälde af intralaryngeal Kräft, hvor Kirtelsvulsten på Halsen er et fremträdende Symptom på et forholdsvis tidligt Tidspunkt af Lidelsens Beståen, uden at Nydannelsens Beskaffenhed eller Säde er i Stand til at give en Forklaring for dette fra Normen afvigende Forhold.

I en af B. FRAENKEL [2]) meddelt Iagttagelse havde et Stemmebåndskankroid, skönt det endnu befandt sig i sit Begyndelsesstadium, givet Anledning til Dannelsen af en hönseägstor, hård Kirtel under sternocleidomastoideus på samme Side; Kirtlen fjärnedes og viste sig opbygget af et delvist forhornet Pladeepitelkarcinom. Lignende Iagttagelser have også BRUNS [3]) og LUBLINSKI [4]) offentliggjort. De intralaryngeale Kräftformer, som udspringe fra de sande Stemmebånd, have gennemgående den mindste Tilböjelighed til at metastasere, hvorimod Nydannelserne på bageste Strubeväg og de falske Stemmebånd synes at have noget större Tilböjelighed i så Henseende.

Hvor det gälder om laryngoskopisk at skelne mellem en begyndende Kräftnydannelse og en godartet Stemmebåndssvulst, må en vis *Träghed i Bevägeligheden eller fuldständig Fixation af det syge Stemmebånd*, i Fölge F. SEMON [5]) betragtes som et

[1]) KRISHABER: Gazette hebdomad. Tome XVI, 1879, ref. hos BUTLIN: Malign. Diseas. of the Larynx 1883, S. 44.

[2]) B. FRAENKEL: Erste Heilung eines Larynxcancroid vermittels Ausrottung per vias naturales. Langenbecks Arch. XXXIV, Heft. 2. Seperataftryk.

[3]) V. v. BRUNS: Die Laryngoskopie 1865, S. 143.

[4]) LUBLINSKI: Berl. klin. Wochenschr. 1886, S. 124.

[5]) F. SEMON: Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopf-Geschwülste u. s. w. Int. Centralbl. f. Laryngol. V, S. 52 og 202.

vigtigt differentialdiagnostisk Moment. På et forholdsvis meget tidligt Tidspunkt forårsager nemlig den kankröse Infiltration en mere eller mindre udtalt Indskränkning og Träghed i det angrebne Stemmebånds Bevägelighed, som derimod holder sig uskadt ved de godartede Svulstformer. Dette Fänomens fysiologiske Forklaring må söges deri, at Kräftnydannelsen ikke holder sig til Slimhinden alene, men som Regel på et forholdsvis tidligt Tidspunkt arbejder sig i Dybden og derved kommer i Konflikt med Stemmebåndsmuskulaturen, hvis Bundter gennemvoxes og derved sättes mere eller mindre ud af Funktion. I Modsätning hertil holde de godartede Svulster sig til Slimhinden og lade Stemmebåndets centralt beliggende Afsnit urörte. Undersöge vi dette Symptoms Forhold i vore 17 Tilfälde, finde vi det ikke omtalt i 4 Tilfälde. I de övrige 13 Tilfälde var Stemmebåndets Bevägelighed kun i 2 Tilfälde normalt, medens den i 11 Tilfälde var indskränket eller fuldständigt ophävet. De to Tilfälde, hvor Bevägeligheden ikke fremböd noget abnormt, var Nr 4 og 11. Hos bägge disse Patienter havde jeg Lejlighed til at iagttage Sygdommens Udvikling fra dennes allerförste Begyndelse, og i den Tid, disse to Individer vare under Behandling, henholdsvis 6 og 4 Måneder, var der ingen Forandring af Stemmebåndets Bevägelighed at opdage. I Tilfälde 4 tabte jeg Patienten af Syne, inden Kräften havde bredt sig tilsträkkeligt i Dybden til at implicere Stemmebåndets Bevägelighed, og så ham först, da han et halvt Års Tid efter lå i Agone, få Dage efter at hans larynx var exstirperet. I det andet Tilfälde (11) afsluttede Patientens Död videre Iagttagelser over dette Forhold.

B. Fraenkel[1]) stiller sig noget skeptisk lige over for den almindelige Gyldighed, som Semon tillägger dette Symptom ved Begyndelsesformerne af Stemmebåndskräften, og mener kun at have set Symptomet ved de Svulstformer, der sad langt tilbage på Stemmebåndene, i Närheden af Crico-arytænoidal-Leddet. Samme, noget tvivlende, Stilling indtager blandt andre også Gottstein,[2]) som i det hele taget tillägger Symptomet mindre Betydning, fordi det kan mangle og på den anden Side väre tilstede ved Infiltrationer af anden Karakter end netop den kankröse. Så vidt vore egne Erfaringer sträkke til, må

[1]) B. Fraenkel: Der Kehlkopfkrebs, seine Diagnose u. Behandl. Deutsche med. Woch. 1889, Nr. 1—6. Särtryk.

[2]) Gottstein: Berl. Congress-Verhandl. 1890. Laryngolog. Section, S. 51.

vi indrömme, at Bevägelseshindringerne navnlig findes ved de Former, der angribe den bageste Del af Stemmebåndet, men at de hyppigst findes også ved de Kräftsvulster, som infiltrere den forreste Del af Stemmebåndet, et Forhold, som i övrigt FRAENKEL også har iagttaget. Vi stille os på det Standpunkt at anse Indskränkninger i Stemmebåndsbevägeligheden, hvor den findes, som et godt Hjälpemiddel i differentialdiagnostisk Henseende, men huske på, at en Stemmebåndskräft kan existere i adskillige Måneder uden at implicere Stemmebåndets Bevägelighed.

Der er et diagnostisk Hjälpemiddel, som kan väre til stor Nytte, når man står lige over for en begyndende Nydannelse i Struben og er i Usikkerhed om dens Natur, det er *den mikroskopiske Undersögelse af endolaryngealt fjärnede Afsnit af Svulsten.* Desto värre er det ikke altid muligt at få fat på Svulsten, når denne, enten på Grund af sit Säde, f. Ex. i sinus Morgagni eller på den nederste Flade af Stemmebåndet, er utilgängelig for Instrumenter, der indföres gennem Munden, eller på Grund af sin fladeformede Udbredelse glider af mellem Brancherne af Tangen, hvormed man forsöger at fatte den. End videre må man vogte sig for at tro alt for blindt på et negativt Resultat af den mikroskopiske Undersögelse og derfra slutte til Nydannelsens Godartethed. Det händer nemlig af og til, at man ikke får fat på Nydannelsens egentlige Kärne, men kun fjärner Infiltrater, der ere at opfatte som Resultatet af den Reaktion, den maligne Nydannelse ved sin Växt fremkalder i det omgivende Väv. Finder man altså en afgjort karcinomatös Bygning i Vävspartikler, der fjärnes fra den syge Strube, er Diagnosen naturligvis dermed given. Finder man derimod et godartet Väv, er Muligheden for, at det drejer sig om en ondartet Svulst, ikke udelukket, med mindre man er absolut sikker på, at de undersögte Partier stamme fra de mere centrale Partier af Nydannelsen.

I mine Tilfälde blev den mikroskopiske Diagnose stillet 7 Gange (2, 9, 10, 14, 15, 16, 17) på endolaryngealt fjärnede Svulstpartikler. I et Tilfälde (4) foreslog jeg Patienten, en meget ängstelig 51-årig Mand, at foretage endolaryngeal Fjärnelse i diagnostisk Öjemed på et Tidspunkt, da Nydannelsen endnu var begränset til det ene Stemmebånd. Tanken om Operation var imidlertid i Stand til strax at drive ham bort fra min Synskreds. Han blev så behandlet et halvt

Års Tid til af en anden Läge med Penslinger o. s. v., og först da Nydannelsen havde bredt sig så stärkt, at der kom Kvälninger, blev der gjort Trakeotomi og Struben excideret, hvorefter han döde af Pnevmoni få Dage efter Operationen. I Tilfälde 11 var Svulsten fladeformet udbredt på det venstre Stemmebånd og kunde ikke fattes med Tang. I de övrige 8 Tilfälde blev der ikke Tale om at stille nogen mikroskopisk Diagnose, enten fordi Patienten kun blev set en enkelt Gang, eller fordi Lidelsen var så fremskreden, at den laryngoskopiske Diagnose fremböd nogen Vanskelighed.

Det händer undertiden, at der hos en og samme Patient findes godartede og kankröse Svulster i Struben, et Forhold, der selvfölgelig kan berede store diagnostiske Vanskeligheder. Som et smukt illustrerende Exempel herpå skal jeg anföre Tilfälde 7, der angik en 70-årig Mand, som i tyve År havde lidt af en kronisk laryngitis. Hos ham fandtes en godartet Polyp (Fibrom) i den i övrigt karcinomatöst angrebne larynx. I Tilfälde 16 havde man ligeledes med Blandingsformer at göre; ti Svulstdele, der fjärnedes i Juni, viste sig at väre et godartet Papillom, hvorimod der ingen Tvivl var om Svulstens karcinomatöse Karakter, da man 3 Måneder efter på ny fjärnede Svulstpartikler.

At man også kan göre sig skyldig i diagnostiske Fejltagelser i modsat Retning, det vil sige, opfatte godartede Svulster som ondartede, fremgår af et af BESCHORNER[1]) behandlet Tilfälde, hvor papillomatöse Svulster i Fölge den makroskopiske Undersögelse bleve ansete for karcinomatöse Nydannelser. Efter at der var gjort Trakeotomi, hörte Svulsten op med at voxe. Patienten döde af Hjärteparalyse, og Undersögelsen post mortem viste, at det ikke drejede sig om et Karcinom.

I Tilfälde af, at man ikke er i Stand til ved den mikroskopiske Undersögelse af endolaryngealt fjärnede Afsnit af Nydannelsen at före et stringent positivt Bevis for Lidelsens maligne Natur, bör man tänke på Muligheden af en syfilitisk Affektion, en Gummaknude, og underkaste Patienten en antisyfilitisk Behandling. Ganske vist lärer Erfaringen, at selv karcinomatöse Nydannelser i Begyndelsen reagere til en vis Grad på Jodkaliumsbehandlingen, idet der ikke själdent indtråder en Bedring af de lokale Fänomener; men denne Bedring

---

[1]) Refereret i M. SCHMIDTs Krankh. d. oberen Luftwegen 1894, S. 532.

er kun af rent forbigående Natur, og efter kortere Tids Forlöb begynder den maligne Nydannelse atter at brede sig. Man bör derfor fortsätte med Jodkaliumsbehandlingen i mindst 14 Dage, för Behandlingsresultatet kan siges at have nogen afgörende differentialdiagnostisk Betydning.

At man bör vise en vis Forsigtighed ved Anvendelsen af Jodkalium indvendig, fik vi Lejlighed til at erfare i Tilfälde III, som angik en 65-årig Mand, der havde en Nydannelse i höjre Side af Struben, navnlig lokaliseret til det höjre falske Stemmebånd. Hos ham ordineredes merkurielle Smörekure i Forbindelse med en Jodkaliumsoplösning 5 : 200, en Spiseskefuld 3 Gange daglig. Efter at han havde fået en kutan Indgnidning på 3 Gm og 3 Spiseskefulde af Mixturen, indtrådte der et akut Larynxödem og Ödem af Ansigtshuden. Ödemet kom meget pludseligt, og Åndedrättet blev så besväret, at jeg måtte göre Trakeotomi i störste Hast i Patientens Hjem, for at frelse ham fra at bukke under på Grund af Kvälning. [1])

Skulde vi til Slutning, inden vi gå over til Behandlingen, resumere Hovedmomenterne i Erkendelsen af Strubekarcinomets Begyndelsesstadium, vil det först og fremmest väre en spontant udviklet Häshed hos et i övrigt sundt Individ, der er over 40 År gammel, som i Almindelighed först väkker Mistanken om, at det drejer sig om noget mere end en almindelig godartet Häshed. Man bör da ikke spilde Tiden med Lapispenslinger, Indåndinger, Omslag og lign., men underkaste Patienten en *omhyggelig, sagkyndig laryngoskopisk Undersögelse.* Viser Grunden til Häsheden sig da at väre en dybere Infiltration af det ene eller det andet Stemmebånd og det angrebne Stemmebånds Bevägelighed, i Sammenligning med det sundes, er tydeligt indskränket, bestyrkes Mistanken yderligere, når Tuberkulose og Syfilis kan udelukkes. Er man i Stand til at fjärne noget af Svulsten til mikroskopisk Undersögelse, vil Udfaldet af denne väre afgörende, forudsat man er sikker på, at det, man har fjärnet, virkeligt stammer fra Nydannelsens centrale Partier. Skulde Fjärnelsen på Grund af Lidelsens Säde (f. Ex. hvis den sidder i ventriculus Morgagni) väre umulig, er man, tror jeg, berettiget til at foretage en explorativ Tyreotomi, for derved at vinde Sikkerhed i Valget af den Behandlingsmetode, man vil anvende. Ti man bör hellere

[1]) Tilfäldet er närmere beskrevet i Arch. f. Laryngologie I, 1894, S. 45 (SCHMIEGELOW: Zwei Fälle von akutem Jodoedem des Larynx).

risikere en Tyreotomi i tvivlsomme Tilfälde, selv om Resultatet skulde vise sig at väre en godartet Svulst, end, ved at undlade den explorative Incision i Tilfälde af malign Nydannelse, forsömme Tidspunktet for en radikal Behandlingsmetode.

Gå vi nu over til *Behandlingen* af Strubekräften, skal jeg her ligesom i det foregående indskränke mine Bemärkninger til Behandlingen af de intralaryngeale Kräftformer.

Undersöge vi först Behandlingsresultaterne og Behandlingsmåderne ved de af mig iagttagne 17 Patienter med intralaryngeal Strubekräft, må först 5 Patienter, hvis Skäbne er mig ukendt, udelukkes.

Af de övrige 12 Patienter, hvor operativ Behandling blev foretagen, har jeg i 4 Tilfälde (1, 3, 4 og 7) ikke haft nogen Andel i denne, for så vidt som Diagnosen kun blev stillet af mig, hvorimod Behandlingen udförtes af andre Operatörer. Resultatet af Behandlingen i disse 4 Tilfälde var fölgende:

	Antal.	Helbredelse.	Död.
Tyreotomi med Fjärnelse af blöde Dele alene	2	2	—
Partiel Resektion af larynx	1	1	—
Total Exstirpation af larynx	1	—	1
Tilsammen	4	3	1

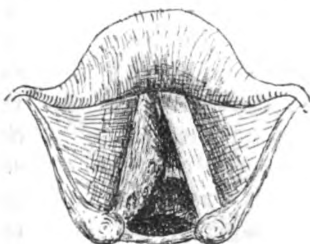
Den ene Patient, som fik sin Strube fjärnet, döde altså 3 Dage efter af Pnevmoni. De 3 andre Patienter (1, 3, 7), som overlevede Operationerne, döde alle af Recidiv, inden der var gået otte Måneder efter Operationen. Grunden til dette sörgelige Resultat var utvivlsomt först og fremmest den, at Sygdommen var for vidt fremskreden, da den kom under Behandling.

De resterende 8 Patienter bleve enten opererede af mig alene (7 Tilfälde) eller af min Ven, Prof. S. SAXTORPH (9) i Forening med mig.

I det ene Tilfälde (17) bestod Behandlingen i en *endolaryngeal* udfört Exstirpation af det kankröst infiltrerede Stemmebånd.

Det drejede sig om en 72-årig Mand (se Tab. I, Nr 17), der i 9 Måneder havde lidt af spontant udviklet Häshed: nu var han, da jeg så ham, ganske afonisk. Det venstre Stemmebånd var i hele sin Längde tenformet opsvulmet (se Bill. 1), noget knudret på Overfladen, hist og her besat med hvidlige, kridtagtige Exkrescenser; i övrigt var

Farven dyb röd. Infiltrationen havde fortil i commissura anterior strakt sig lidt over på forreste Ende af höjre Stemmebånd. Manden var legemlig svag, led af en mangeårig cystitis og Prostahypertrofi, måtte kateteriseres flere Gange dagligt og bruge Blæreudskylninger. Dette i Forbindelse med hans höje Alder gjorde, at jeg besluttede mig til ikke at foretage udvendige blodige Indgreb, men indskränke mig til endolaryngeal Behandling. I Löbet af 14 Dage exstirperede jeg det kankröse Stemmebånd ved Hjälp af KRAUSEs horisontalt stillede Dobbeltkurette. På Grund af en stärk Lordose af Patientens Halshvirvelsöjle i Forbindelse med en usädvanlig lang Hals, der nödvendiggjorde Konstruktion af et särlig langt Instrument, var Operationen forbunden med en Del tekniske Vanskeligheder. Resultatet af Operationen var, at Stemmen blev klangfuld og kraftig, så at han kunde genoptage, i hvert Tilfälde delvis, sin prästelige Gerning. Svulstens karcinomatöse Natur blev fastslået mikroskopisk af Dr. L. KRAFT. Om Enderesultatet af Behandlingen formår jeg ikke at udtale mig, da der kun er hengået så kort Tid siden Operationen; men Udsigterne gå forelöbigt närmest i Retning af Recidiv.[1])


Bill. 1.

I de övrige 7 Tilfälde blev der foretaget enten Tyreotomi med Fjärnelse af blöde Dele alene eller partiel Resektion; derimod kom den totale Exstirpation ikke i Anvendelse. Det umiddelbare Operationsresultat i disse Tilfälde var fölgende:

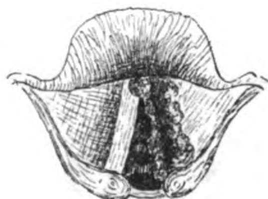
	Antal.	Helbredelse.	Död.
Tyreotomi med Fjärnelse af blöde Dele alene	5	4	1
Partiel Resektion af larynx	2	2	—
Tilsammen	7	6	1

Den ene Patient, som döde, var en $68\frac{3}{4}$-årig Mand, der led af et Epiteliom på venstre Stemmebånd, sträkkende sig ind i sinus Morgagni (Bill. 2). På Grund af Efterblödning fra Larynxsåret Dagen efter Operationen aspirerede han en Del Blod i Lungerne og döde 7de Dag efter Operationen af en Pnevmoni.


Bill. 2.

[1]) Blev i Marts 1897 trakeotomeret for Recidiv. Döde 14 Dage efter af Uræmi.

De övrige 6 Patienter overlevede Operationen. Af disse döde den ene (10) 4 Måneder efter af et Recidiv. Han var i tre Fjärdingår bleven penslet af en Läge i Halsen på Grund af tiltagende Häshed og var fuldständig afonisk, da jeg så ham. Lidelsen sad i sinus Morgagni og strakte sig så vel op i det falske som ned i det sande Stemmebånd (Bill. 3). Efter at Svulstens karcinomatöse Natur var konstateret ved mikroskopisk Undersögelse af endolaryngealt fjärnede Afsnit, gjorde jeg halvsidig Resektion af cartilago thyreoidea. Karcinomet, som var meget cellerigt og blödt, recidiverede kort efter, og han döde 4 Måneder efter Operationen.


Bill. 3.

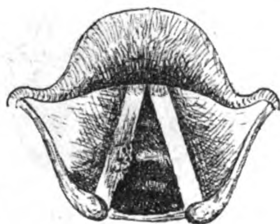
Et bedre Resultat opnåedes i det andet Tilfälde (2), hvor jeg ligeledes gjorde halvsidig Resektion af cart. thyreoidea, Fjärnelse af den ene cartilago arytænoidea og plica interarytænoidea hos en 46-årig Kvinde, som led af et Adenokarcinom, der var lokaliseret til det höjre falske Stemmebånd. Hun udskreves med lukket Trakealfistel og klangfuld Stemme, og larynx holdt sig recidivfri, da hun 10 Måneder efter döde af Symptomer på en Mavekräft.

Et endnu smukkere Resultat opnåedes i Tilfälde 9, der angik en 62-årig Officer, som d. 11 Februar 1893 fik gjort Tyreotomi (Saxtorph) og Excision af det höjre Stemmebånd, hvis midterste Tredjedel var Säde for en kankrös Svulst (Bill. 4). Han udskreves en Måned efter med klangfuld, om end häs Stemme og har siden, d. e. nästen 4 År, väret rask uden Spor af Recidiv. Var de förste to År efter Operationen i Stand til at bekläde sin Stilling som Officer, indtil han faldt for Aldersgränsen.

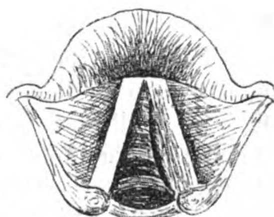

Bill. 4.

De resterende 3 Tilfälde, på hvem jeg har foretaget Tyreotomi for kankröst infiltrerede Stemmebånd, befinde sig alle vel; men da Operationen er udfört for kortere Tid siden, kunne de ikke benyttes til Bedömmelse af Behandlingens Enderesultat. For så vidt man af den lokale Lidelses Udsträkning har Lov til at drage Slutninger med Hensyn til Udsigterne til radikal

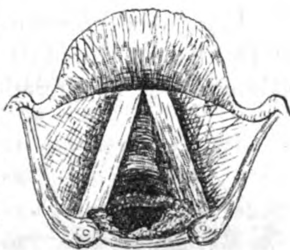
Helbredelse, må Tilfälde 16 anses for at väre ganske gunstigt i så Henseende, idet det drejede sig om en 55-årig Präst, med en lille kankrös Infiltration på midterste Tredjedel af höjre Stemmebånd (Bill. 5), som exciderede. Tyreotomisåret var lägt otte Dage efter Operationen, og Stemmen var dyb, kraftig og klangfuld, så at han kunde overtage sin prästelige Gerning igen.


Bill. 5.

Mindre heldigt stille Udsigterne sig for Tilfälde 15, idet Epiteliomet havde angrebet venstre Stemmebånds bageste to Tredjedele, plica interarytænoidea og lige bageste tilgränsende Del af höjre Stemmebånd (Bill. 6). Han opereredes d. 3 November 1896 og foruden det venstre Stemmebånd og plica interarytænoidea fjärnedes også den bageste Del af höjre Stemmebånd. Han befinder sig fuldständigt vel, Stemmen er klangfuld, om end noget häs, kan passe sin Dont som Tjänestekarl, og Slimhinden i larynx så overalt glat og naturlig ud 4 Måneder efter Operationen.


Bill. 6.

Absolut ugunstigt må Prognosen stilles hos en 32-årig Mand (14), som jeg tyreotomerede d. 17 Oktober 1896. Denne Mands Sygehistorie frembyder et Par Punkter af stor Interesse, som jeg skal tillade mig at henlede Opmärksomheden på.


Bill. 7 [1]).

Det var som sagt en 32-årig, kraftigt bygget, stor og stärk, rödmusset Bondekarl, som efter en Forkölelse sidste Jul blev häs, og Häsheden holdt sig siden. Han behandledes af en Läge med Penslinger uden Resultat og uden at väre laryngoskoperet. Da han den 11 Juni 1896, et halvt År efter Häshedens Begyndelse, kom til mig, var Stemmen nästen afonisk. Der var en blegröd, bredbaset, knudret Nydannelse på bageste Tredjedel af det höjre falske Stemmebånd, som

[1]) Bill. 6 og 7 forestille den karcinomatöse Infiltration hos en og samme Patient (Nr 15), men på forskellige Tidspunkter af Sygdommens Udvikling.

delvist däkkede det sande Stemmebånd; dette var noget injiceret og knudret; Bevägeligheden af Stemmebåndet var normal (Bill. 8).



Bill. 8.

Svulstens Beliggenhed i Forbindelse med den diffuse Infiltration af det sande Stemmebånd og endelig den Omständighed, at den var skör, et blödende ved Sondering, vakte min Mistanke i Retning af en ondartet Nydannelse. På den anden Side talte Stemmebåndets frie Bevägelighed og Patientens unge Alder mod Antagelsen af et Karcinom. Den 13 Juni fjärnede jeg största Delen af Svulsten med MACKENZIES Tang, og Hr Prosektor Dr. L. KRAFT var så venlig at mikroskopere den. Han meddelte mig, at »Larynxpolypen viste sig at väre et *godartet Papillom*, ingen Proliferation af Epitelcellerne i Dybden, ingen malign Nydannelse, ingen Tuberkler». Det kliniske Forlöb var imidlertid forskelligt fra, hvad man kunde vänte ved et godartet Papillom. Ganske vist klaredes Stemmen betydeligt i de förste Par Måneder; men Infiltrationen tog til, navnlig af det höjre sande Stemmebånd, hvis Bevägelighed efterhånden fixeredes.

Den 20 September fjärnedes en Del af Nydannelsen på det höjre sande Stemmebånd, og Diagnosen, som atter stilledes af Dr. KRAFT, var da et *utvivlsomt Epitelialsarkom* med Perledannelse og Proliferation af Epitelcellerne i Dybden. Han begyndte at klage over lidt udstrålende Smerter i Retning af det höjre Öre, og Infitrationen af det höjre falske og sande Stemmebånd tiltog (Bill. 9), lige som der i Oktober også kom lidt Svulst og Rödme af forreste Del af det venstre Stemmebånd; samtidigt blev han fuldständig afonisk.



Bill. 9.

Den 17 Oktober, altså omtr. 10 Måneder efter Sygdommens Begyndelse, gjorde jeg Trakeotomi og Tyreotomi i samme séance og fjärnede alle Blöddele på indvendige Side af höjre cartilago thyreoidea og forreste Tredjedel af venstre Stemmebånd.

Der er i denne Sygehistorie et Forhold, som först og fremmest fanger Opmärksomheden. Det er den Omständighed, at den Svulst, der den 11 Juni fjärnedes fra larynx, viste sig at väre et godartet Papillom, hvorimod de Svulstmasser, der exstirperedes 3 Måneder efter, havde en ondartet Karakter. Da bägge Undersögelser ere foretagne af samme duelige og pålidelige patologiske Anatom, stå vi altså her overfor det heldigvis själdne Tilfälde, at vi i en og samme Strube have både godartede og ondartede Nydannelser på samme Tid.

Den godartede papillomatöse Svulst sad bagtil på höjre falske Stemmebånd, medens de karcinomatöse Nydannelser, der fjärnedes på et senere Tidspunkt, havde deres Udspring fra de midterste Partier af det höjre sande Stemmebånd. Hvor skäbnesvangert et sådant Forhold kan blive for Patientens Fremtid, er indlysende; ti Påvisning af Svulstens godartede Natur opfordrer til at indtage en afväntende Holdning. Herved forspildes Mulighederne for at fjärne Svulsten radikalt, når der yderligere forlöber tre Måneder, inden Lidelsens ondartede Natur konstateres. Når derfor Enderesultatet af Behandlingen i dette Tilfälde falder ugunstigt ud, idet der indträder Recidiv, må Grunden hertil söges i, at man, ledet af den mikroskopiske Undersögelses Resultat, opsatte Operationen fire Måneder og derved tillod Nydannelsen at brede sig over Gränser, som gjorde en radikal Fjärnelse ved Hjälp af Tyreotomien umulig.

Man har i övrigt godt af, i Tilknytning til det ovenfor stående, at erindre sig, at en Strubesvulst kan forandre Karakter i Tidernes Löb. Man kender nemlig Exempler på, at Patienter, der have lidt af utvivlsomme godartede Papillomer, efter kortere eller längere Tids Forlöb ere bukkede under, efter at Svulsten har antaget en karcinomatös Beskaffenhed. Således har SEMON[1]) omtalt en Dame, som han havde opereret for Strubepapillomer. To År efter recidiverede de under et Svangerskab; men Svulstens Natur var da karcinomatös, og Patienten bukkede under for sin Lidelse.

Stå vi overfor en intralaryngeal Strubekräft, kan der alt efter Lidelsens Udsträkning, Säde, Patientens Alder, Almentilstand o. s. v. väre Tale om fölgende Behandlingsmåder:

---

[1]) SEMON: Laryngolog. Society's Möde 9 Okt 1895.

1) Endolaryngeal Fjärnelse af Nydannelsen.
2) Laryngofissur (Tyreotomi) med Excision af de blöde Dele.
3) Partiel Resektion af Strubens Skelet.
4) Total Exstirpation af Struben.
5) Trakeotomi.

Den endolaryngeale Fjärnelse af Nydannelsen

er i tidligere Tid forsögt gentagne Gange, men atter opgiven, da man opererede på et så sent Tidspunkt, at ethvert Håb om fuldständig Fjärnelse på Forhånd var udelukket.

I 1886 kunde imidlertid B. FRAENKEL [1]) meddele et Tilfälde af Stemmebåndskankroid, som fjärnedes endolaryngealt. Patienten viste sig at väre recidivfri i nästen to År efter Operationen. Svulstens karcinomatöse Karakter var utvivlsomt, da den bestemtes mikroskopisk. Resultatet var så meget mere forbavsende, som Recidiver fem Gange nödvendiggjorde en fornyet endolaryngeal Fjärnelse i Löbet af 3 År, og en Gang måtte MADELUNG fjärne en hönseägstor kankrös Lymfekirtel udvendig på Halsen. Men efter den sidste Fjärnelse i Juni 1894 var Patienten som sagt recidivfri i de näste to År, som forlöb, inden Tilfäldet blev offentliggjort. Dette overordentlig gunstige Resultat bevägede FRAENKEL til at anbefale Metoden i särligt egnede Tilfälde, hvor Nydannelsen sad således, at man kunde gribe den med Tang eller Slynge med Udsigt til at fjärne Svulsten totalt. Man forsömmer intet i disse Tilfälde ved at forsöge först den endolaryngeale Fjärnelse; ti skulde det vise sig umuligt at få Lidelsen fjärnet fuldständigt, skulde der indträde Recidiv, kunde man jo altid, siger FRAENKEL, gribe til mere indgribende Behandlingsmetoder, som Tyreotomien, den partielle Resektion o. s. v.

Siden den Tid har B. FRAENKEL [2]) yderligere forsögt 5 Gange at fjärne Strubekräften endolaryngealt. I alle Tilfälde drejede det sig om en Stemmebåndsnydannelse, hvis kankröse Natur blev mikroskopisk bevist. FRAENKEL har altså i alt be-

---

[1]) B. FRAENKEL: Erste Heilung eines Larynx-Cancroids vermittels Ausrottung per vias naturales. Langenb. Arch. XXXIV, Heft. 2, Särtryk.

[2]) B. FRAENKEL: Der Kehlkopfkrebs, Deutsch. med. Wochenschr. 1889, Nr. 1—6, Särtryk.

handlet 6 Tilfälde af Strubekräft endolaryngealt med det Resultat, at *3 af dem ere fuldständigt helbredte,* [1]) medens de övrige tre's Skäbne enten er ukendt, eller der er indtrådt Recidiv.

Enkelte lignende Iagttagelser ere meddelte andensteds fra. I Fölge en Meddelelse i 1888 har SCHNITZLER [2]) for mere end 20 År siden opereret en Kvinde endolaryngealt for Strubekräft ved Hjälp af Galvanokavstik, og Patienten levede endnu, dengang Tilfäldet blev meddelt den 15 Oktober 1888. Meddelelsen er imidlertid holdt i temmelig ubestemte Udtryk, og med Sikkerhed kan Tilfäldet ikke tages til Indtägt for Metodens Brugbarhed.

I et Tilfälde lykkedes det SEMON [3]) uväntet at fjärne radikalt et Karcinom ad den endolaryngeale Vej. Det drejede sig om en 75-årig Mand, som havde en mistänkeligt udseende, vorteformet Svulst på Stemmebåndet. For at få Svulstens Natur mikroskopisk bestemt vilde SEMON fjärne noget af den med Tang, men var heldig nok til at exstirpere den totalt. Ved den mikroskopiske Undersögelse, som foretoges af SHATTOCH, viste det sig at det drejede sig om et forhornet Epiteliom. I 1895, altså 6 Ar efter, skriver SEMON, at der ikke indtrådte Recidiv. [4])

I 1891 kunde GOUGENHEIM [5]) fortälle om et Tilfälde af »epitheliome polypoïde», som sad på det venstre falske Stemmebånd hos en 36-årig Kvinde, hvor det lykkedes ham med en Tang med skärende Brancher at fjärne Epiteliomet så grundigt, at der senere (6 Måneder) ikke indtrådte Recidiv.

Fra samme År findes der omtalt et Tilfälde af Strubekräft, behandlet endolaryngealt af STOKER, [6]) hos en 67-årig Mand, der havde et stilket Karcinom på det venstre Stemmebånd. Resultatet var for så vidt godt, som Patientens fuldständige Afoni forsvandt og Stemmen blev naturlig; men da der stadig holdt sig nogen Svulst og stärk Injektion af det angrebne Stemmebånd, da Patienten sidst blev set (*9 Måneder*

---

[1]) Intern. Berl. Congress 1890. Laryngolog. Sektions Beretning, S. 65.

[2]) SCHNITZLER: Referat i Deutsch. med. Wochenschr. 1888, S. 887.

[3]) F. SEMON: Brit. med. Journ. 4 Juni 1887.

[4]) F. SEMON: Opération radicale d'affections malignes du larynx; Supplement til Revue mensuelle de laryngologie 1895. Särtryk, S. 9.

[5]) GOUGENHEIM: Annales des maladies de l'oreille o. s. v., 1891, S. 505.

[6]) G. STOKER: The Journal of Laryngology 1891, S. 183.

efter Operationen), er man ikke berettiget til at indrullere Tilfældet blandt de ved endolaryngeal Behandling radikalt helbredede Tilfælde af Strubekräft, en Opfattelse, som STOKER i övrigt også deler, idet han ender sin Meddelelse med at sige: »One can hardly believe that there will not be a recurrence of the growth».

Et särligt smukt Exempel på lykkeligt helbredet, endolaryngealt opereret Strubekräft er offentliggjort af MORITZ SCHMIDT.[1]) Han meddeler, at han for 10 År siden ved Hjälp af Tang og Galvanokavstik fjärnede en vorteagtig, polypoid Kräft, der sad på forreste Del af det venstre Stemmebånd. Svulstens Natur blev mikroskopisk bestemt. Patienten befandt sig *10 År efter Operationen rask.* I et andet Tilfälde, som han opererede sammen med CAPART, var den kliniske Diagnose utvivlsomt Kräft, men den mikroskopiske Diagnose blev ikke foretagen; også i dette Tilfälde udeblev Recidiv.

Et lige så smukt Resultat kan PHILIP SCHECH möde op med,[2]) idet han for 8 År siden opererede en 47-årig Mand for et stort stilket Karcinom, der udgik fra Inderfladen af venstre lig. aryepiglotticum og opfyldte hele aditus laryngis. Operationen foretoges med glödende Slynge, og Diagnosen blev mikroskopisk stillet. Patienten var *recidivfri efter 8 Års Forlöb.* I et andet Tilfälde indtrådte der Recidiv efter 2 Års Forlöb.

Medens de hidtil meddelte Tilfälde angik Patienter, der led af kankröse Begyndelsesformer, og det forholdsvis gode Resultat, der opnåedes, skyldtes den Omständighed, at man var i Stand til at gribe og exstirpere hele eller det meste af Nydannelsen på én Gang, foreligger der også Beretninger om Patienter med mere fremskredne Kräftformer, hvor den endolaryngeale Operationsmetode har givet smukke Resultater. SCHEINMANN[3]) meddeler således nogle Tilfälde af Larynx- og Farynxkarcinomer, hvor den endolaryngeale Behandlingsmetode er forsögt. Han omtaler i alt 4 Tilfälde, af hvilke de 3 förste interessere os mindre, for så vidt som det angik ret udbredte extralaryngeale Kräftformer, hvor den operative Behandling per vias naturales skaffede betydelig Lindring, men hvor Opera-

[1]) M. SCHMIDT: Die Krankheiten d. oberen Luftwege 1894, S. 532.

[2]) PH. SCHECH: Die Krankheiten des Kehlkopfes 1897, S. 208. Se også HANSBERGS Statistik, Arch. f. Laryngologie V, S. 184.

[3]) SCHEINMANN: Verhandl. der laryngol. Gesellsch. zu Berlin II. S. 38.

tionen måtte betragtes som rent palliativ. Det fjärde Tilfälde angik derimod en 53-årig Kvinde, som led af en Infiltration af hele det venstre Stemmebånd, således at Infiltrationen var stärkest i Midten og derfra aftog jävnt mod bägge Ender af Stemmebåndet. Et Stykke fjärnedes, og da det viste sig at våre cancer, exstirperedes hele det infiltrerede Stemmebånd. 6 Måneder efter var der intet Recieiv. Stemmebåndet präsenterede sig som et glat, hvidt Ar, og Talen var nästen fuldständig normal.

Et ganske lignende Tilfälde, hvad Lidelsens Säde og Udseende angik, havde jeg Lejlighed til for ganske nylig at behandle; det var Tilfälde Nr. 17, som er närmere omtalt ovenfor Side 19 (Bill. 1).

At man selv ved endnu mere udbredte og äldre Kräftdannelser i Struben undtagelsesvis er i Stand til at opnå overordentlig smukke Resultater, har KRIEG[1]) i en Meddelelse fra 1894 leveret Beviset for, selv om en absolut, radikal Helbredelse ikke opnåedes i det anförte Tilfälde.

Man kan af det ovenfor stående ikke sige andet, end at man i särligt dertil egnede Tilfälde bör forsöge den endolaryngeale Behandling af Strubekräft. Ti af de 17 ovenfor omtalte Tilfälde af intralaryngeal Strubekräft, hvor den endolaryngeale Metode er forsögt, var Resultatet fölgende:

1)	B. FRAENKEL	1	Tilfälde	recidivfrit	i	12	År,
2)	SCHNITZLER	1	»	»	»	20	»
3)	MORITZ SCHMIDT	1	»	»	»	10	»
4)	PHILIP SCHECH	1	»	»	»	7	»
5)	SEMON	1	»	»	»	6	»
6)	MORITZ SCHMIDT	1	»	»	»	flere	År,
7)	B. FRAENKEL	1	»	»	»	$1\frac{1}{2}$	»
8)	d:o	1	»	»	»	6	»

Altså 8 Tilfälde recidivfri i fra $1\frac{1}{2}$ til 20 År, hvad der giver en Helbredelsesprocent af *47 %*.

I de övrige 9 Tilfälde indtrådte der Recidiv, eller Observationstiden er for kort, til at man kan have nogen afgörende Mening om Behandlingsresultatet.

Den endolaryngeale Exstirpationsmetode burde da navnlig anvendes ved de polypoide Former, eller hvor man havde at

---

[1]) KRIEG: Arch. f. Laryngologie I, 1894, S. 158.

göre med ganske små, begränsede Nydannelser, der sad således på Stemmebåndet, at man havde Udsigt til at fatte og exstirpere dem radikalt. End videre vilde Operationsmetoden våre at forsöge i Tilfälde, hvor enten Patientens Helbredstilstand, hans höje Alder, eller hans bestemte Vägring imod större operative, blodige Indgreb forböd Anvendelsen af större, mere indgribende, radikale Fremgangsmåder.

Laryngofissuren, den partielle Resektion og Totalexstirpationen.

Tyreotomien med Excision af blöde Dele var för 1873, da BILLROTH inavgurerede Totalexstirpationens Tidsalder, Strubekräftens operative Behandlingsmetode. Imidlertid vare Resultaterne, som opnåedes ved den förste Snes Tyreotomier for Strubekräft meget lidt opmuntrende. Som ovenfor berört, kunde P. BRUNS samle 19 herhen hörende Tyreotomier, der vare udförte af forskellige Operatörer i et Tidsrum af over 20 År (1851—1875). Af disse döde 2 som Fölge af Operationen, hos 16 Patienter indtrådte der Recidiv eller Patienternes Skäbne er ukendt; kun hos en Patient, en 30-årig Kvinde, som SANDS opererede den 28 Febr. 1863 for et Epitelialkarcinom (? BRUNS) fra Bunden af venstre sinus Morgagni, indtrådte der intet lokalt Recidiv, men Patienten döde 22 Måneder efter Operationen af Kräft i venstre Nyre, venstre ureter og Binyrerne.

Efter at BILLROTH havde vist, at man kunde fjärne hele Struben og alligevel få relativt levedygtige Mennesker ud af det i et vist Antal Tilfälde, greb man Totalexstirpationen som den Redningsplanke, ved Hjälp af hvilken man håbede at kunne bringe et större Antal Strubekräftpatienter frelste gennem Skärene i Sammenligning med, hvad der tidligere var lykkedes med Tyreotomien alene. Det fölgende Decenniums Erfaringer på Totalexstirpationens Område bragte imidlertid kun sörgelige Skuffelser i så Henseende.

I sin i 1883 udgivne Monografi havde BUTLIN [1]) samlet 8 Tilfälde af *intralaryngeal* Kräft, hvor der var gjort total Exstirpation. Af disse döde 6 i umiddelbar Tilslutning til Operationen, og de 2, som overlevede Operationen, döde af Re-

---

[1]) BUTLIN: Malignant disease of the Larynx, 1883, S. 57.

cidiv efter henholdsvis 6 og 10 Måneders Forlöb. De större Statistiker, som omfattede så vel extra- som intralaryngeale Kräftformer, vare nåppe mere opmuntrende, således som det tydeligt nok fremgik af HOLMERS Statistik i Hospitals-Tidende 1883 (se ovenfor). Og selv om man gik noget længere frem i Tiden, kunde TAUBER[1]) heller ikke fremlägge meget bedre Resultater ved sin Bearbejdelse af alle Larynxexstirpationer, som ere foretagne i Årene 1866—1890. TAUBERS Statistik omfattede 163 Larynxexstirpationer, udförte ikke alene på Grund af cancer, men også for Sarkom, Tuberkulose og andre Lidelser. For cancer eller Epiteliom var Operationen udfört 145 Gange, heraf döde 87 Patienter (eller 60 %) strax eller kort efter Operationen, og kun 11 (eller 7,6 %) kunde betragtes som helbredte, vare recidivfri i henimod tre År. Resten döde af Recidiv kortere eller længere Tid efter Operationen, eller der var ikke hengået tilstrækkelig lang Tid til, at man kunde afgöre, om Operationen var lykkedes eller ej. TAUBER endte sin Afhandling med at göre fölgende Udtalelse af STROMEYER til sin: »Die Humaintät verliert nichts dabei, wenn solche Operationen unterbleiben, und die Chirurgie trägt keine Ehre dabei.»

Den TAUBERske Dom om Totalexstirpationen turde dog nu til Dags våre temmelig sträng; ti der er ingen Tvivl om, at Farerne ved Operationen vare langt större i det förste Decennium, Operationen udförtes, end senere hen, da Tekniken udvikledes og Indikationerne for Operationen forbedredes. Sammenligne vi således TAUBERS Statistik, der omfattede Tidsrummet 1866—1890, med Resultaterne af de Operationer, der udförtes alene i Tidsrummet 1880—1888, således som de foreligge i MAX SCHEIERS Behandling,[2]) få vi et gunstigere Resultat for de sidstes Vedkommende: M. SCHEIER fandt nemlig, at af 68 i dette Tidsrum offentliggjorte Tilfälde af total Larynxexstirpation vare kun 23 (eller 33,8 %) Patienter döde umiddelbart eller kort efter Operationen, og 9 Patienter (eller 13,2 %) vare definitivt helbredte. At den »umiddelbare» Dödelighed er langt mindre i Sammenligning med den i den TAUBERske Statistik, er utvivlsomt (33,8 mod 60 %); derimod kan den större Helbredelsesprocent (13,2) i den SCHEIERske Statistik ikke sammenlignes direkte med den TAUBERske: 7,6 %; ti TAUBER fordrede, med Rette, at der skulde hengå henimod 3 År efter

[1]) TAUBER: Arch. f. Chirurgie, 41de B., 1891, S. 641.

[2]) MAX SCHEIER: Deutsche med. Wochenschr. 1888, S. 456.

Operationen, förend man kunde tale om absolut Recidivfrihed, og af de SCHEIERske 9 recidivfri Patienter vare de 5 kun iagttagne fra 14 til 21 Måneder, 2 fra 26 til 30 Måneder og kun 2 over 3 År.

Undersöge vi nu Årsagen til den operative Behandlings gennemgående slette Resultater för 1890, viser det sig, at den först og fremmest må söges i de dårlige Indikationer, som lå til Grund for det operative Indgreb. Man väntede for länge, inden man skred ind, og gav Lidelsen Lov til at brede sig ud over Gränser, som umuligt kunde beherskes ved det operative Indgreb, hvad enten dette var en Tyreotomi, partiel eller total Larynxexstirpation. Dernäst sondrede man ikke mellem de intra- og laryngeale Former af Strubekräften, men opererede bägge i Fläng. Det er BUTLINS og SEMONS Fortjäneste at have henledet Opmärksomheden på dette vigtige Punkt, idet de urgerede Betydningen af at stille en tidlig Diagnose og på den anden Side viste, i hvor höj en Grad man var i Stand til at forbedre Behandlingsresultaterne, når man udvalgte de Tilfälde, man vilde operere, og kun *indskränkede sine operative Indgreb til de strängt intralaryngeale Former.*

Til Stötte for denne Anskuelses Rigtighed holdt BUTLIN på Berlinerkongressen 1890[1]) i den laryngologiske Sektion et Foredrag om Diagnosen og Behandlingen af Strubekräften. Han meddelte heri, at af 102 Tilfälde af intralaryngeal Kräft, som var opereret (28 Tyreotomier, 23 partielle og 51 totale Resektioner) kunde 15 betragtes som fuldständigt helbredede, for så vidt som der ikke var indtrådt Recidiv efter mindst 3 Års Forlöb. Til Sammenligning hermed anförte han, at WASSERMANN[2]) i 1889 i sin Statistik over 176 Tilfälde af partielle og totale Exstirpationer ved så vel intra- som laryngeale Kräftformer kun fik 12 Helbredelser. At det langt bedre Resultat i den BUTLINske Statistik (15 : 102) i Sammenligning med den WASSERMANNske (12 : 176) skyldes den Omständighed, at det förste Sted drejede sig om rene intralaryngeale, sidste Sted om både intra- og extralaryngeale Former, er näppe tvivlsomt.

En Del vanskeligere var Besvarelsen af Spörgsmålet: hvilken Operation skal man foreträkke, når man står over for en Larynxkancer? Da SCHEIER i 1888 offentliggjorde sin Statistik over 125 Tilfälde, gik Tendensen i Retning af at anse den

[1]) Se Congres-Beretningens laryngol. Sektion.
[2]) WASSERMANN: Zeitschr. f. Chirurgie 1889.

partielle Strubeexstirpation som den Behandlingsmetode, der både hvad den umiddelbare Dödelighed og hvad Udsigterne til Recidivfrihed angik, gav de bedste Resultater. Den simple Tyreotomi var derimod ikke meget lovende; ti af de 125 Kräftpatienter var Tyreotomi forsögt 9 Gange, heraf döde 3 = 33⅓ % strax som Fölge af Operationen, 5 döde enten af Recidiv eller Observationstiden var for kort, og kun 1 Tilfälde (meddelt af SALZER, Arch. f. Chirurg. 1885) var recidivfrit efter 2 År og 9 Måneders Forlöb; derimod gav 23 partielt resecerede Patienter 5 definitive Helbredelser (= 21 %), og den »umiddelbare» Dödelighedsprocent var 22. I Modsätning hertil var Totalexstirpationen udfört 68 Gange med 9 Helbredelser (= 13,2 %) og en »umiddelbar» Dödelighedsprocent af 33,8.

Til Bedömmelsen af, hvilken Operation der giver det bedste Resultat ved den intralaryngeale Kräft, kan imidlertid den SCHEIERske Statistik ikke benyttes, da den omfatter både extra- og intralaryngeale Former. BUTLIN, som i sin Statistik af 102 Tilfälde havde udelukket alle extralaryngeale Former, kommer til et noget andet Resultat. Ganske vist, dersom vi konkluderede alene fra Antallet af Helbredelser, måtte vi give den partielle og totale Resektion Fortrinet; ti af de 23 partielle Resektioner konstateredes 4 Gange Helbredelse efter 3 Års Forlöb, og af de 51 totale Resektioner endogså 8 Gange, hvorimod de 28 Tyreotomier kun havde 3 recidivfri Tilfälde efter 3 Års Forlöb at opvise. Imidlertid gör BUTLIN opmärksom på, at en Bedömmelse af en Statistik ud fra en enkelt Kolonnes Tal er misvisende. Betragter man nemlig de tre Operationers direkte Farer for Patienterne, viser det sig, at Tyreotomien rummer en langt mindre Fare for Patienterne; ti af de 28 Tyreotomier döde 3 Patienter af Operationen, medens 7 af de 23 partielt resecerede og 16 af de 51 totalt resecerede Patienter döde som Fölge af Operationen. End videre viste det sig, at der var et langt större Antal tyreotomerede Patienter (8), som levede og vare raske i 1890, men hvor tre År endnu ikke var forlöbet, end partielt (5) og totalt resecerede (4), og hos nogle af de 8 tyreotomerede Patienter havde Observationstiden väret så lang (mellem 2 og 3 År), at man havde Grund til at antage, at Helbredelsen vilde vise sig at väre definitiv.

BUTLIN var derfor mest tilböjelig til at give Tyreotomien med Excision af Nydannelsen, eventuelt i Forbindelse med

partiel Resektion af Larynxskelettet, Fortrinet som den Operation, hvorved man på den ene Side gav Patienter, der led af begränset endolaryngeal Kräft, en nogenlunde god Udsigt til en radikal Helbredelse og på den anden Side utvivlsomt indskränkede den umiddelbare Risiko, som er langt större ved den totale Resektion.

At den BUTLINske Anskuelse var rigtig, og at man kunde opnå overordentlig smukke Resultater ved de mere skånende operative Indgreb, fremgår af det Arbejde, som F. SEMON [1]) offentliggjorde i 1895. Han meddeler heri, at han i sin private Praxis har iagttaget 81 Tilfälde af Strubekräft, deraf 44 intralaryngeale, 31 extralaryngeale og 6 »blandede» Former. Af de 44 Tilfälde blev et helbredet ved endolaryngeal Fjärnelse af Kräftsvulsten (se ovenfor).

Af de 43 resterende intralaryngeale Tilfälde har SEMON i 15 Tilfälde tilrådet radikal Behandling; men kun 12 Gange er Operationen udfört i hans Praxis enten af ham selv eller af hans kirurgiske Venner. Resultatet af Behandlingen i disse 12 Tilfälde var:

	Antal.	Helbredelse.	Död.
Partiel Exstirpation af larynx	3	1	2
Tyreotomi med Resektion af Brusk	4	4	—
Tyreotomi med Fjärnelse af blöde Dele alene	4	1	2
Pharyngotomia subhyoidea	1	—	1
	12	7	5

Altså af 12 Patienter ere de 7 helbredte, hvad der svarer til 58,3 % af Patienterne, et meget smukt Resultat. Disse 7 Patienter ere på én Undtagelse når, hvis Iagttagelsestid var for kort, observerede fra $2\frac{1}{2}$ til $6\frac{3}{4}$ År.

Betingelserne for at opnå så gode Resultater er, at man foretager et kritisk Udvalg af sine Tilfälde. Det var kun en Tredjedel af Patienterne, som SEMON opererede, idet Svulstens store Udsträkning i Struben eller Metastaser til de regionäre Lymfekirtler i en Del Tilfälde på Forhånd udelukkede Muligheden for at opnå et godt Resultat ved Tyreotomien eller den partielle Resektion. I andre Tilfälde forböd Patienternes höje Alder eller en komplicerende Lunge- eller Hjärtelidelse SEMON

[1]) F. SEMON: Supplement til Revue mensuelle de laryngologie 1895.

at foreslå et större operativt Indgreb, som de under slige Omständigheder erfaringsmässigt havde ringe Udsigt til at overleve.

Undersöge vi den operative Behandlings Resultater ved Strubekräften, således som de fremgå i Fölge en *statistisk Bearbejdelse af Beretninger efter 1890 og op til den seneste Dato*, vil man få Tal, der langt fra tyde på så gode Resultater, som dem, SEMON f. Ex. er i Stand til at möde op med. Grunden hertil ligger deri, at de forskellige Operatörer ikke have gjort det kritiske Udvalg af Tilfäldene som SEMON, men opereret Tilfälde, hvor Kräftsvulsten var så vidt fremskreden, at der på Forhånd ikke var Udsigt til, at man ved den anvendte Operationsmetode kunde forebygge Recidiv. Men skönt Resultaterne i Sammenligning med den SEMONske Statistik ere en Del ringere, må man indrömme, at de, sammenholdte med de for 1890 offentliggjorte Kräftstatistiker, ere ganske gode.

Tabel

Larynxcancer, behandlede med

(for så vidt de ere offent-

Löbe-Nr.	Literaturangivelser.	Operatörens Navn.	År, Datum.	Kön, Alder.
1	Revista clinica de las hospital. Maj 1890 (ref. i Int. Cent. f. L.)	CISNEROS.	?	Mand 57
2	Revue mensuelle de laryngol. 1891. S. 643.	DUDON.	1881 21/6	Kvinde 34
3	S. St.	MOURE.	1888 11/3	Mand 48
4	S. St.	D:o.	1888 25/7	Kvinde 58
5	Norsk Magazin for Lägevidensk. Dec. 1890.	NIKOLAYSEN.	1889 ?	Mand 66
6	Annal. d. malad. d. l'oreille. Nov. 1891 (LICHTWITZ.)	DEMONS.	1890 22/2	Mand 53
7	Glasgow med. Journ. Juni 1891 (Int. Cent. f. L.)	NEWMANN.	1891 13/2	Mand 40
8	Med. Corresp. Blatt des Würtemb. ärztl. Landesvereins. 36—1891 (Int. Cent. f. L.)	KRIEG.	?	?
9	Brit. med. Journ. 28 Mars 1891.	DUNDAS GRANT.	1891 ?	40 ?
10	Brit. med. Journ. 2 April 1892.	SEMON.	1891 9/1	Mand 38
11	HANSBERGS Statistik. Arch. f. Laryngol. V. 1896 (i Fölge Brev fra BUTLIN.)	BUTLIN.	1888 19/7	Mand 51
12	S. St.	D:o.	1889 5/6	Mand 60
13	S. St.	D:o.	1891 12/9	Kvinde 40

II.

Excision af blöde Dele alene
liggjorte i 1890—96).

Indikation for Operation.	Operationens Beskaffenhed.	Operations-resultatet.	Enderesultatet.	Hvor lang Tid efter Operationen set.
Hornpapillom (forreste ½ af v. Stemmebånd).	Laryngofissur.	Helbredelse.	?	
Karcinom (meget udbredt).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Recidiv (kort Tid efter).	*Död* 10½ Måned efter.
Epiteliom (bageste ⅔ af venstre Stemmebånd).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Recidiv (kort Tid efter). (Totalexstirpation.)	*Död* 12 Måneder efter.
Epiteliom (forreste ½ af v. falske og sande Stemmebånd).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Recidiv (kort efter).	*Död* 11 Måneder efter.
Karcinom (h. plica aryepigl.).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Recidiv efter 3 Måneder.	
Karcinom (v. Stemmebånd).	Laryngofissur.	*Död* (5 Dage efter Operationen).		
Epiteliom (v. Stemmebånd).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	2 År 2 Måneder.
Karcinom.	Laryngofissur.	Helbredelse.	?	
Cancer.	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	6 Måneder.
Karcinom (v. Stemmebånd og sinus Morgagni).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv (normal Stemme).	Over 3 År (Revue mensuelle de laryngologie 1895. Supplement).
Epiteliom (v. Stemmebånd).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	3 År.
Epiteliom (udbredt).	Laryngofissur.	Död (9de Dag af Pyæmi).		
Karcinom (h. Stemmebånd).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Recidiv efter 9 Måneder.	

Löbe-Nr.	Literaturangivelser.	Operatörens Navn.	År, Datum.	Kön, Alder.
14	HANSBERGs Statistik. Arch. f. Laryngol. V. 1896 (i Fölge Brev fra BUTLIN.)	BUTLIN.	1894 24/5	Mand 54
15	S. St.	D:o.	1895 7/8	Mand 57
16	S. St.	D:o.	1887 3/8	Mand 39
17	S. St.	D:o.	1889 27/7	Den samme
18	S. St.	D:o.	1888 28/6	Mand 59
19	S. St.	D:o.	1892 9/12	Mand 53
20	S. St.	D:o.	1894 5/9	Mand 62
21	Revue medic. Suisse Rom. Nr 1. 1893 (Int. Cent. f. L.)	LARDY & PHOTIODES.	1890 6/6	Mand 49
22	Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie 1893 (ref. hos HANSBERG.)	PLENIAZEK.	1889	Mand 50
23	S. St.	D:o.	1892 Febr.	Mand 40
24	S. St.	D:o.	1889	Mand 46
25	LANZ: Dissertation. Ref. i Int. Cent. f. L. X. 573.	KOCHER.	1889 23/10	Mand 51
26	London. laryngol. Society 9/5 1894. Reports.	SEMON.	1894 26/4	Mand 55
27	Medycyna Nr 31. 1894 (Int. Cent. f. L.)	KOSINSKI.	?	Mand 51
28	Berliner kl. Wochenschr. 1892. Nr 8.	KÖHLER.	1891 1/9	Mand 54
29	London. laryngol. Society's Report 9/5 1894.	SEMON.	1893 12/7	Mand 63
30	New-York med. Journ. 13/6 1894.	PHELPS.	1894 8/2	Mand ?

Indikation for Operation.	Operationens Beskaffenhed.	Operations-resultatet.	Enderesultatet.	Hvor lang Tid efter Operationen set.
Karcinom (midlerste $\frac{1}{3}$ af h. Stemmebånd).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	13 Måneder.
Epiteliom (v. Stemmebånd).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	12 Måneder.
Epiteliom (h. plica aryepigl.).	Laryngofissur og pharyngotom. subhyoidea.	Helbredelse (udskreven med Kanyle).	Recidiv (lokalt).	2 År.
D:o.	Samme Operation.	Helbredelse.	Recidiv 4 Ar efter (i Nakkeglandlerne, Död).	
Epiteliom (v. aryepigl. Fold).	Pharyngotomia subhyoidea.	*Död* (9de Dag af Mani).		
Epiteliom.	Laryngofissur.	Helbredelse.	?	1 Måned.
Karcinom (udbredt).	Laryngofissur (explorativ Operation).	Helbredelse.	Död nogle Måneder senere.	
Kankroid (forreste $\frac{1}{3}$ af Stemmebånd).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	$2\frac{1}{4}$ År.
Karcinom (udbredt).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Recidiv efter 5 Måneder (senere Totalexstirpation).	
Karcinom (udbredt).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Recidiv efter 1 År (senere Totalexstirpation).	
Karcinom (h. Stemmebånd).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Recidiv 2 Måneder efter, Kvälningsanfald, Död.	
Karcinom (v. Stemmebånd).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	$3\frac{1}{4}$ År.
Karcinom. (?)	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	7 Måneder.
Karcino-sarkom.	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	1 År.
Karcinom (bägge Stemmebånd og h. falske).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	$4\frac{3}{4}$ Måned.
Karcinom. (?)	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	$1\frac{1}{4}$ År.
Epiteliom (v. Stemmebånd).	Laryngofissur.	*Död* (17 Dage efter Operationen).		

Löbe-Nr.	Literaturangivelser.	Operatörens Navn.	År, Datum.	Kön, Alder.
31	Brit. med. Journ. 17/8 1894.	DOWNIE.	1893	Mand 56
32	Revue mensuelle de laryngol. 1895 (Supplement: SEMON.)	BUTLIN.	1889 16/5	Kvinde 53
33	S. St.	D:o.	1896 9/6	Mand 62
34	S. St.	SEMON.	1891 2/6	Mand 40
35	S. St.	D:o.	1891 1/10	Mand 44
36	S. St.	D:o.	1894 22/2	Mand 72
37	S. St.	D:o.	1894 8/8	Mand 54
38	HANSBERGS Statistik.	GERSTEIN.	1896 2/5	Mand 45
39	S. St.	BRUNS.	1883 Juli	Mand 52
40	S. St.	RIEDEL.	1890 10/11	Mand 66
41	S. St.	ZELLER.	1891 4/2	Mand 63
42	Archiv f. Laryngologi. V B. 1896. S. 38.	STÖRK-GERSUNY.	1892 19/8	Mand 54
43	Archiv f. klin. Chirurgie 1895. P. 774. ROSENBAUM.	ISRAEL.	1892 21/2	Mand 64
44	New-York med. Journ. II. 1895. S. 50.	PORCHER.	1895 Marts	Kvinde 29
45	Revue mensuelle de laryngol. VI. 1896. P. 1235.	PANTALONI.	1895 11/10	Mand 55
46	Int. Centralb. f. L. XII. 567.	SEMON.	1896 27/2	Mand 65

Indikation for Operation.	Operationens Beskaffenhed.	Operations-resultatet.	Enderesultatet.	Hvor lang Tid efter Operationen set.
Epiteliom (v. Stemmebånd).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	17 Måneder.
Epiteliom (forreste ½ af bägge Stemmebånd).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	5½ År.
Epiteliom (hele v. Side af larynx).	Laryngofissur.	Död (Dagen efter af Pnevmoni).		
Karcinom (v. Stemmebånd og sinus Morgagni).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	3 År.
Karcinom (v. aryepigl. Fold).	Pharyngotomia subhyoidea.	Död (4de Dag af Sepsis).		
Karcinom (v. Stemmebånd).	Laryngofissur.	Död (6te Dag).		
Karcinom.	Laryngofissur.	Helbredelse.	Recidiv.	4 Måneder efter Operationen.
Karcinom (forreste Del af v. Stemmebånd).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	3½ Måned.
Karcinom (forreste Kommissur).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Recidiv efter 11 Måneder, Död efter 16 Måneder.	
Karcinom (v. Stemmebånd, gribende over på h.).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	11½ Måned.
Karcinom (Bagflade af Arytænoid-egnen).	Pharyngotomia subhyoidea.	Död (4de Dag af Pnevmoni).		
Karcinom (h. Stemmebånd).	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	3½ År.
Epiteliom (Epiglottis).	Pharyngotomia subhyoidea.	Helbredelse.	Kirtelrecidiv 4 Måneder efter, fjärnes, intet Recidiv.	2 År.
Epiteliom.	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	3 Måneder.
Epiteliom.	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	12 Måneder.
Epiteliom.	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	8 Måneder.

Löbe-Nr.	Literaturangivelser.	Operatörens Navn.	År, Datum.	Kön, Alder.
47	Int. Centralb. f. L. XII. P. 420 & 564.	DUNDAS GRANT.	1896	Mand 45
48	Revue mensuelle de laryngol. 1896. P. 383.	KAUTBACK.	1892 $^{24}/_{12}$	?
49	Ref. af SCHMIEGELOW.	STUDSGAARD.	1887 $^{23}/_{11}$	Mand 49
50	S. St.	D:o.	1891	Mand 70
51	S. St.	S. SAXTORPH.	1893 $^{14}/_{2}$	Mand 62
52	S. St.	SCHMIEGELOW.	1894 $^{23}/_{11}$	Mand 68
53	S. St.	D:o.	1896 $^{17}/_{10}$	Mand 32
54	S. St.	D:o.	1896 $^{3}/_{11}$	Mand 44
55	S. St.	D:o.	1896 $^{23}/_{11}$	Mand 55
				Sar-
56	Deutsch. med. Wochenschr. Nr 10. 1890.	BESSEL HAGEN.	?	Mand 52
57	New-York med. Journ. $^{17}/_{11}$ 1894.	BIRKETT.	1892	Kvinde 22
58	London. laryngol. Society. Report. $^{14}/_{3}$ 1894.	SEMON.	1892 $^{25}/_{6}$	Mand 59
59	Liverpool med. Journ. 1894 (Int. Cent. f. L.)	PAUL.	1893 $^{28}/_{9}$	Dreng 12

Indikation for Operation.	Operationens Beskaffenhed.	Operations-resultatet.	Enderesultatet.	Hvor lang Tid efter Operationen set.
Karcinom.	Laryngofissur.	Död (20 Dage efter Operationen).		
Karcinom.	Laryngofissur.	Helbredelse.	Recidiv, Död 4	Måneder efter.
Karcinom på v. Stemmebånd.	Laryngofissur.	Helbredelse.	Hurtigt Recidiv.	
Karcinom på h. falske og sande Stemmebånd.	Laryngofissur.	Helbredelse.	Recidiv, döde	$\frac{1}{2}$ År efter.
Epiteliom på h. Stemmebånds midlerste $\frac{1}{3}$.	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	4 År.
Epiteliom (v. Stemmebånd).	Laryngofissur.	Död (7de Dag af Pnevmoni).		
Epiteliom (h. falske og sande Stemmebånd).	Laryngofissur.	Helbredelse.	?	Kort Tid.
Epiteliom (v. Stemmebånd, plica interarytænoidea).	Laryngofissur.	Helbredelse.	?	Kort Tid.
Epiteliom (midlerste $\frac{1}{3}$ af h. Stemmebånd).	Laryngofissur.	Helbredelse.	?	Kort Tid.
komer.				
Rundcellesarkom.	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	Over 1 År.
Tencellesarkom.	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	2 År.
Kavernöst Fibrosarkom.	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	20 Måneder.
Tencellesarkom.	Laryngofissur.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	4 Måneder.

Alt i alt 55 Tilfälde af Strubekräft, hvor Operationen bestod i Excision af Blöddele, efter at man havde banet sig Adgang til Struben enten ved *pharyngotomia subhyoidea* (4 Gange) eller ved at kombinere *Faryngotomien* med *Laryngofissuren* (2 Gange).

Af de 49 *tyreotomerede* Patienter döde 7 som umiddelbar Fölge af Operationen, hvad der svarer til *14,3 %*. Regne vi de i Slutningen af Tabellen meddelte 4 tyreotomerede Sarkompatienter med, synker Dödelighedsprocenten til 13,2. I HANSBERGS Statistik [1]) er Dödelighedsprocenten endog 19,23. Dette er en ganske usädvanlig höj Dödelighedsprocent ved Tyreotomien og må vist opfattes som en Tilfäldighed; ti ved store Sammenstillinger, f. Ex. den af LESEIGNEUR, [2]) der omfatter 362 Laryngotomier, udförte i forskelligt Öjemed, var Dödelighedsprocenten kun 4,69.

42 tyreotomerede Patienter (85,7 %) overlevede Operationen. Af disse 42 döde 14 af Recidiv, 28 Patienter angives at våre recidivfri; men Resultatet var for 12 Patienters Vedkommende tvivlsomt, da der endnu ikke var hengået et År efter Operationen. Hos de övrige 16 Patienter var Resultatet godt, for så vidt som der var hengået mindst et År efter Operationen.

Regner man, som man bör, med over 2 Års Observationstid, för Resultatet kan anses for sikkert, reduceres Antallet af radikalt helbredede til 9, nemlig

Nr	7,	der	var	recidivfri	i 2	År 2 Måneder,
»	10	»	»	»	over 3	År,
»	11	»	»	»	» 3	»
»	21	»	»	»	» 2¼	»
»	25	»	»	»	» 3¼	»
»	32	»	»	»	» 5½	»
»	34	»	»	»	» 3	»
»	42	»	»	»	» 3½	»
»	51	»	»	»	» 4	» ,

og vil man våre meget sträng i sine Fordringer og kun anse en 3 Års Recidivfrihed som Udtryk for radikal Helbredelse, må Tilfälde Nr 7 og 21 gå fra. Regne vi disse 2 Tilfälde med, bliver Helbredelsesprocenten *18,4*; indskränke vi os der-

---

1) HANSBERG: Arch. f. Laryngol. V, S. 159.

2) LESEIGNEUR: Étude sur la laryngotomie. Thèse de Paris 1894, ref. i Int. C. f. Laryng. XI, S. 539.

imod til den 3-årige Recidivfrihed, bliver Helbredelsesprocenten *14,3* (HANSBERG: 13,46).

Af de 4 Patienter, som bleve *faryngotomerede*, döde 3, og kun 1 overlevede Operationen — denne, som led af et Epiglottisepiteliom, fik 4 Måneder efter Kirtelrecidiv, der fjärnedes, hvorefter recidivfri i 2 År.

Endelig blev der 2 Gange hos samme Patient gjort Laryngofissur og Faryngotomi for et Epiteliom på höjre lig. aryepiglotticum (BUTLIN, Nr 16 og 17). Her indtrådte der först 4 År efter et Glandelrecidiv i Nakkeegnen, hvorfor det må henregnes til de helbredte Tilfälde, så at Antallet af de Patienter, der ere opererede med Excision af blöde Dele, og som have vist sig recidivfri efter 3 Års Forlöb, stiger til 8 af 55 = ***14,5* %**.

Tabel

Partielle Resek-

Kar-

Löbe-Nr.	Literaturangivelser.	Operatörens Navn.	År, Datum.	Kön, Alder.
1	Journ. Amer. med. Assoc. 21/6 1890.	THORNER.	1890 21/6	Kvinde 51
2	Wiener med. Wochenschr. 32—1890 (STOERK.)	GERSUNY.	1887 1/7	Mand 52
3	Med. Selskabs Forh. i Christiania. S. 148.	STRÖM.	1890 ?	Mand
4	Edingb. med. Journ. Okt. 1890 (Int. Cent. f. L.) VII. 500. WALLACE.	CHIENE.	1889 Marts	Mand 44
5	Deutsch. med. Wochenschr. Nr 28. 1890 (SCHÄFFER.)	HAHN.	1888 8/11	Mand 50
6	Corresp. Blatt f. schweitz. Ärtzte. 16—1891 (Int. Cent. f. L.)	SOCIN.	1889 Dec.	Mand 60
7	Lancet. II. 25—1894 (SEMON.)	HAHN.	1886 3/5	Mand 52
8	HANSBERGs Statistik. (Arch. f. Laryngol. V.)	FISCHER (Breslau).	1879 20/6	Mand 60
9	S. St.	D:o.	? Juni	Mand 62
10	S. St.	D:o.	1888 7/12	Mand 54
11	S. St.	D:o.	1889 1/7	Mand 51
12	S. St.	D:o.	1889 25/11	Kvinde 53

III.

tioner af Larynx.

c i n o m.

Indikation for Operation.	Operationens Beskaffenhed.	Operations-resultatet.	Enderesultatet.	Hvor lang Tid efter Operationen set.
Karcinom (v. falske Stemmebånd).	Partiel Resektion.	Död (5 Dage efter, Hjerteparalyse).		
Karcinom.	Pharyngotomia subhyoidea (Fjärnelse af v. cart. arytænoidea).	Helbredelse.	Intet Recidiv.	6 År (se V B. af Arch. f. Laryngol. 1896. S. 35.
Karcinom (h. Stemmebånd).	Partiel Resektion.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	5 Måneder.
Karcinom (bägge Stemmebånd).	Partiel Resektion.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	18 Måneder.
Kankroid (v. Stemmebånd, Ventrikelbånd).	Partiel Resektion.	Helbredelse.	Recidiv.	12 Måneder.
Karcinom (under v. Stemmebånd).	Halvsidig Resektion.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	$1\frac{3}{4}$ År.
Karcinom (v. Ventrikel).	Halvsidig Resektion (cart. thyreoidea og arytænoidea).	Helbredelse.	Intet Recidiv.	$6\frac{3}{4}$ År (udmärket Stemme).
Karcinom (Epiglottis og aditus laryngis).	Fjärnelse af Epiglottis og överste Del af larynx til glottis.	Död (3 Uger efter).		
Karcinom (udbredt).	Udbredt partiel Resektion.	Helbredelse.	Recidiv.	Död $\frac{3}{4}$ År efter.
Karcinom (under forreste Del af Stemmebåndene).	Fjärnelse af störste Delen af cart. thyreoidea og en Del af arytænoidea Brusk.	Helbredelse.	Recidiv, kort Tid efter (senere Totalexstirpation).	
Karcinom (v. Rand af epiglottis og v. lig. aryepigl.).	Fjärnelse af störste Delen af v. cart. thyreoidea, v. arytænoidea og epiglottis.	Helbredelse.	Recidiv $\frac{1}{4}$ År efter (senere Totalexstirpation).	
Karcinom (udbredt).	Fjärnelse af larynx, undtagen Halvdelen af v. cart. thyreoidea.	Helbredelse.	Recidiv.	Död 10 Måneder efter.

Löbe-Nr.	Literaturangivelser.	Operatörens Navn.	År, Datum.	Kön, Alder.
13	Hansbergs Statistik. (Arch. f. Laryngol. V.)	Fischer (Breslau).	1890 $^{12}/_{2}$	Mand 54
14	S. St.	D:o.	1890 $^{29}/_{3}$	Mand 56
15	S. St.	D:o.	1890 $^{25}/_{9}$	Mand 63
16	Revue mensuelle de laryngol. 1895 (Supplement: Semon.)	W:m Mac Cormac	1887 $^{1}/_{11}$	Mand 53
17	Schmidts Jahrb. 6. 1891.	Tillmanns.	1891 $^{23}/_{3}$	Mand 46
18	Med. Corresp. des Würthemb. ärtzl. Vereins. 36—1891 (Int. Cent. f. L. Krieg.)	Zeller.	1891 $^{19}/_{1}$	Mand 56
19	New-York med. Journ. $^{12}/_{9}$ 1892.	Solis Cohen.	1892	Mand 54
20	Arch. intern. di rino-laryngol. April 1893 (Int. Cent. f. L.)	Cisneros.	1890 $^{19}/_{11}$	Mand 52
21	S. St.	D:o.	1892 $^{10}/_{5}$	Mand 48
22	S. St.	D:o.	1892 $^{30}/_{5}$	Mand 55
23	Lancet. 1894. II (Semon.)	Butlin.	1889 $^{16}/_{5}$	Kvinde 53
24	S. St.	Semon.	1884 $^{18}/_{8}$	Mand 54
25	Berliner kl. Wochenschr. Nr 51. 1893.	Gluck.	1892 Juni	Mand 68
26	Revue mensuelle de laryngol. 1895. Supplement.	Semon.	1891 $^{19}/_{7}$	Mand 50
27	Lancet: Dissertation. Ref. i Int. Cent. f. L. X. 573.	Kocher.	1890 $^{11}/_{7}$	Mand 31

Indikation for Operation.	Operationens Beskaffenhed.	Operations-resultatet.	Enderesultatet.	Hvor lang Tid efter Operationen set.
Karcinom (h. Halvdel).	Fjärnelse af h. cart. thyreoidea og arytænoidea.	Död (4 Dage efter).		
Karcinom (h. Halvdel).	Fjärnelse af h. cart. thyreoidea.	Död (17 Dage efter).		
Karcinom (v. Stemmebånd og sinus Morgagni).	Fjärnelse af v. Halvdel af Struben.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	6 År (fung. som Borgmester).
Karcinom (h. Side).	Fjärnelse af h. Side af larynx.	Död (3dje Dag af Pnevmoni).		
Karcinom (h. Ventrikelbånd).	Halvsidig Resektion.	Helbredelse.	?	?
Karcinom (h. Stemmebånd).	Partiel Resektion.	Död (3 Dage efter af Pnevmoni).		
Adenokarcinom.	Partiel Resektion.	Död (48 Timer efter Operationen).		
Cylinderepiteliom (venstresidigt).	Halvsidig Resektion.	Helbredelse.	Recidiv.	16 Måneder.
Epiteliom (h. Stemmebånd).	Halvsidig Resektion.	Helbredelse.	Recidiv (7 Måneder efter).	Döde 10 Måneder efter Operationen.
Epiteliom (v. Stemmebånd).	Halvsidig Resektion.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	10 Måneder (god Stemme).
Epiteliom (forreste $\frac{1}{3}$ af bägge Stemmebånd).	Resektion af forreste Del af cart. thyreoidea.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	$5\frac{1}{2}$ År.
Karcinom (höjresidigt).	Resektion af h. Side.	Helbredelse.	Recidiv.	4 Måneder.
Cancer (v. Stemmebånd og Ventrikelbånd).	Höjresidig Resektion.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	$1\frac{1}{2}$ År.
Cancer (v. Halvdel af larynx).	Halvsidig Resektion.	Död (24 Timer efter Operationen).	Äternarkose per rectum bevirkede profus serosangvinolent Exsudat fra Tarmkanal og Bronkier.	
Karcinom (v. lig. aryepigl.).	Pharyngotomia subhyoidea (Fjärnelse af v. cart. arytænoidea).	Helbredelse.	Recidiv.	Död 6 Måneder efter af Kirtelrecidiv (HANSBERGS Statistik).

Löbe-Nr.	Literaturangivelser.	Operatörens Navn.	År, Datum.	Kön, Alder.
28	Lancet: Dissertation. Ref. i Int. Cent. f. L. X. 573.	Kocher.	1890 13/1	Mand 58
29	Deutsch. med. Wochenschr. 1894. Nr 4.	Becher.	1893 5/6	Mand 63
30	Hansbergs Statistik (Brev fra Butlin.)	Butlin.	1886 26/6	Mand 51
31	S. St.	D:o.	1889 12/6	Mand 45
32	S. St.	D:o.	1894 2/7	Mand 40
33	Corresp. Blatt f. Schweitz. Ärtzte. 1894 (Int. Cent. f. L.)	Krönlein.	1893 4/8	?
34	Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie. 38 B. 1894.	Fischer.	1890	? 59
35	Hansbergs Statistik.	Roser (Hanau).	1889 23/8	Kvinde 53
36	S. St.	Zeller.	1889 20/10	Mand 66
37	Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie. 38 B. 1894. S. 434 (Fischer.)	Pinner.	1886 16/7	Mand 47
38	Hansbergs Statistik.	Gerstein.	1890 15/1	Mand 45
39	S. St.	D:o.	1890 22/7	Mand 60
40	S. St.	Socin.	1892 21/3	Kvinde 58

Indikation for Operation.	Operationens Beskaffenhed.	Operations-resultatet.	Enderesultatet.	Hvor lang Tid efter Operationen set.
Karcinom (Tunge og överste Del af larynx).	Partiel Resektion af cart. thyreoidea, Tungeben og Tunge.	Helbredelse.	Recidiv.	11½ Måned.
Karcinom.	Halvsidig Resektion.	Helbredelse.		
Karcinom (v. Stemmebånd).	Halvsidig Resektion.	Helbredelse.	Recidiv (1 År efter).	2 År.
Karcinom (v. Stemmebånd).	Fjärnelse af v. Arybrusk og Stemmebånd.	Helbredelse.	Hurtigt Recidiv.	Död 3 Måneder efter Operationen.
Karcinom (v. Stemmebånd).	Halvsidig Resektion.	Helbredelse.	Hurtigt Recidiv.	
Karcinom.	Partiel Resektion.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	2 Måneder.
Pladeepiteliom Karcinom.	Halvsidig Resektion.	Helbredelse.	6 Måneder senere *Recidiv*, hvorfor Operation i större Udsträkning, derefter intet Recidiv.	4 År.
Epiteliom (bageste ⅔ af h. Stemmebånd).	Halvsidig Resektion.	Helbredelse.	Recidiv efter 1 År (Totalexstirpation).	
Karcinom (i överste aditus laryngis).	Fjärnelse af h. Strubehalvdel. Resectio pharyngis og Fjärnelse af nogle Kirtler.	Helbredelse.	Recidiv.	Död 4 Måneder efter Operationen.
Epiteliom (h. Stemmebånd).	Halvsidig Resektion.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	6 År (Döde af Mavekräft).
Epiteliom (v. Stemmebånd og forreste Del af h. Stemmebånd).	Halvsidig Resektion.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	6½ År.
Carcinoma (ventricularе sinist. og lidt på h. Ventrikelbånd).	Halvsidig Resektion.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	6 År.
Karcinom (h. Ventrikelbånd og Arybrusk, Glandelsvulst).	Fjärnelse af h. Halvdel og Kirtler.	Helbredelse.		

Löbe-Nr.	Literaturangivelser.	Operatörens Navn.	År, Datum.	Kön, Alder.
41	New-York med. Record. 26/11 1891.	ABBE.	1891 ?	Mand 45
42	Wiener kl. Wochenschr. Okt. 1891.	EISELSBERG.	1891 14/9	Mand ?
43	HANSBERGS Statistik.	TOTI.	1892	Kvinde 66
44	S. St.	PÉAN.	1892 2/12	Kvinde 41
45	Deutsch. med. Wochenschr. 1894. 90.	TRENDELENBURG.	1893 5/6	Mand 63
46	Journ. of Laryngol. 1895. S. 685 og 1896 S. 182.	WOODS.	1895 1/4	Mand 32
47	Int. Cent. f. L. XII. 68.	HERCZEL.	?	Mand 42
48	SCHMIEGELOW (Tilfälde Nr 2, se Tabel I.)	SCHMIEGELOW.	1888 4/2	Kvinde 46
49	SCHMIEGELOW (Nr 3, Tabel I.)	STUDSGAARD.	1890 17/3	Mand 65
50	SCHMIEGELOW (Nr 10, Tabel I.)	SCHMIEGELOW.	1894 30/10	Mand 68

Sar-

51	Brit. med. Journ. Maj 1893.	BOND.	1892 30/9	Mand 44
52	Berliner kl. Wochenschr. 37. 1893. (BRUCK.)	GLUCK.	?	Mand 57
53	Arch. intern. di rino-laryngol. April 1893. (Int. Cent. f. L.)	CISNEROS.	?	Kvinde 43
54	Verein süddeutsch. Laryngol. Maj 1894. (Int. Cent. f. L. XI. S. 146. PRÖBSTING.)	KRAMER.	?	Kvinde 52

Indikation for Operation.	Operationens Beskaffenhed.	Operations-resultatet.	Enderesultatet.	Hvor lang Tid efter Operationen set.
Karcinom (udbredt).	Fjärnelse af nästen hele larynx.	Helbredelse.		
Karcinom (udbredt).	Fjärnelse af nästen hele larynx.	Helbredelse.	?	6 Uger.
Epiteliom (v. Stemmebånd).	Halvsidig Resektion.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	22 Måneder.
Karcinom af cart. cricoidea og överste Del af trachea.	Partiel Resektion.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	16 Måneder.
Karcinom (h. lig. aryepigl. og epiglottis).	Halvsidig Resektion.	Helbredelse.	?	?
Pladeepiteliom Karcinom.	Halvsidig Resektion.	Helbredelse.	Döde 5 Måneder efter Operationen af Pnevmoni, efter at en Kirtelsvulst var fjärnet.	
Karcinom.	Partiel Exstirpation.	Helbredelse.	Recidiv 4 Måneder efter, hvorfor Totalexstirpation.	
Adenokarcinom (?) h. falske Stemmebånd.	Halvsidig Resektion af cart. thyreoidea og h. cart. arytænoidea.	Helbredelse.	Intet lokalt Recidiv.	Döde af cancer ventriculi 10 Måneder efter.
Karcinom (h. cart. arytænoidea og falske Stemmebånd).	Halvsidig Resektion af cart. thyreoidea og cart. arytænoidea.	Helbredelse.	Recidiv.	Döde 8 Måneder efter.
Karcinom (v. sinus Morgagni).	Halvsidig Resektion af cart. thyreoidea.	Helbredelse.	Recidiv.	Döde 4 Måneder efter.

komer.

Chondromyxom.	Partiel Exstirpation.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	3½ År.
Sarkom.	Halvsidig Resektion.	*Död* (3 Dage efter Operationen).		
Tencellesarkom.	Halvsidig Resektion.	*Död* (3 Dage efter Operationen).		
Rundcellesarkom (v. sinus Morgagni).	Partiel Resektion.	Helbredelse.	?	?

Alt i alt 50 Tilfälde, hvor der blev foretaget partiel Resektion af Strubens Skelet. I Tilfälde Nr 2 og 27 var den indledende Operation en pharyngotomia subhyoidea.

Af disse 50 Patienter döde 8 som Fölge af Operationen, hvad der svarer til *16 %*. Medregne vi de i Slutningen af Tabellen meddelte 4 Tilfälde af Sarkom, hvor der også gjordes partiel Resektion, få vi 10 Dödsfald hos 54 Patienter = en Dödelighedsprocent af *18,5* (HANSBERG: 18,52).

42 partielt resecerede Patienter overlevede Operationen i kortere eller längere Tid. Af disse 42 vides 18 at väre döde af Recidiv.

24 Patienter angives at väre recidivfri; men Resultatet var for 10 Patienters Tilfälde tvivlsomt, for så vidt Tilfäldet ikke var observeret ud over et År eller der manglede närmere Oplysninger i så Henseende.

Hos de övrige 14 Patienter var Resultatet godt, fordi der var hengået mindst et År efter Operationen.

Tabel

Totalexstirpationer

Löbe-Nr.	Literaturangivelser.	Operatörens Navn.	År, Datum.	Kön, Alder.
1	Annales de malad. d. l'oreille, Juni 1890.	TERRIER.	1889 26/7	Mand 50
2	Rivista clinica des les hospitales, Juni 1890. (Int. Cent. f. L.)	CISNEROS.	1890	Mand 46
3	Annales de malad. d. l'oreille, Juin 1890.	PÉRIER.	1890 Juni	Mand 66
4	Deutsch. med. Wochenschr., Nr 40. 1891.	TRENDELENBURG.	1890 3/7	Kvinde
5	HANSBERGS Statistik.	BARDENHEUER.	1887 5/10	Mand 66
6	S. St.	ROSER.	1888 13/11	Kvinde 47

Regner man alene med 3 Års Observationstid, for at Resultatet kan anses for sikkert, reduceres Antallet af Helbredelser til *8*, idet Tilfäldene Nr 4, 5, 6, 25, 43 og 44 kun ere iagttagne fra 1 til 2 År.

De 8 Tilfälde, hvis Observationstid sträkker sig ud over 3 År, ere fölgende:

Nr 2 . . . . 6 År,
» 7 . . . . $6\frac{3}{4}$ »
» 15 . . . . 6 »
» 23 . . . . $5\frac{1}{2}$ »
» 34 . . . . 4 »
» 37 . . . . 6 »
» 38 . . . . $6\frac{1}{2}$ »
» 39 . . . . 6 »

Altså fra 1 til 2 År er Helbredelse konstateret i 6 Tilfälde = 12 %. Radikalt helbredede var 8 Patienter, d. e. holdt sig recidivfri i over 3 År, svarende til *16* % (HANSBERG: 16,66).

IV.

af larynx.

Indikation for Operation.	Operationens Beskaffenhed.	Operations-resultatet.	Enderesultatet.	Hvor lang Tid efter Operationen set.
Epiteliom (intralaryngealt) udbredt.	Totalexstirpation.	Helbredelse.	Kirtel-Recidiv 4 Måneder efter.	Död.
Epiteliom (bägge Sider i Struben)	Totalexstirpation.	Helbredelse.	Recidiv kort Tid efter.	
Epiteliom (v. Stemmebånd og sinus Morgagni).	Totalexstirpation.	Död samme Dag.		
Karcinom (bägge Stemmebånd).	Totalexstirpation.	Helbredelse.	Intet Recidiv. Kan tale med Hviskestemme.	7 Måneder.
Karcinom (bägge Strubehalvdele).	Totalexstirpation (Aflukning mellem trachea og pharynx)	Helbredelse.	Intet Recidiv (arbejdsdygtig).	3 År.
Karcinom (udbredt, udgående fra h. Stemmebånd).	Totalexstirpation (+ Tungeben, bägge Lapper af gl. thyreoidea).	Helbredelse.	Intet Recidiv i 3 År; efter 4 Års Ferlöb Recidiv i Arret.	4 År.

Löbe-Nr.	Literaturangivelser.	Operatörens Navn.	År, Datum.	Kön, Alder.
7	HANSBERGs Statistik.	FISCHER (Breslau).	1889 13/5	Mand 54
8	S. St.	D:o.	1889 Nov.	Mand 51
9	S. St.	D:o.	1889 12/12	Kvinde 57
10	S. St.	COPANOTTO.	1889	Kvinde 57
11	Il faro medico, Maj 1891. (Int. Cent. f. L.)	VINCI.	1891 Maj	Kvinde
12	Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1893.	OBALINSKI (PIENIAZEK).	1889 ?	Mand 50
13	New-York med. Record. 26 Novb. 1891. ROBERT ABBE. (Int. Cent. f. L.)	RIISE.	?	Mand 45
14	Brit. med. Journal 4 April 1891. (Int. Cent. f. L.)	LANE.	?	Mand 51
15	New-York med. Journ. 7 Februar 1892.	W. MEYER.	1885	Mand 65
16	Wiener kl. Wochenschr. Febr. 1892. (LAVISÉs Statistik.)	HOCHENEGG.	1891 29/6	Mand 51
17	New-York med. Journ. 12/9 1892.	SOLIS COHEN.	1892	Mand ?
18	CLEVELAND med. Gazette Decb. 1892. (Int. Cent. f. L.)	CRILE.	?	?
19	Reforma medica 31 Avg. 1892. (Int. Cent. f. L.)	ORECHIA.	1892 24/5	Mand 55
20	Rev. mensuel de laryng. 1891, S. 650.	LANDE.	1890 22/7	Mand 48
21	LAVISÉs Statistik: De laryngectomie totale 1895, Nr 190.	LAVISÉ.	1891 25/8	Mand 61
22	Afhandling af PERRUCHET, se LAVISÉs Statistik, Nr 191.	PÉRIER.	1893 18/7	Mand 62

Indikation for Operation.	Operationens Beskaffenhed.	Operations-resultatet.	Enderesultatet.	Hvor lang Tid efter Operationen set.
Recidivkarcinom (se Resektioner Nr 10)	Totalexstirpation.	Helbredelse.	Recidiv.	Död 5 Måneder efter.
Recidivkarcinom (se Resektioner Nr 11)	Totalexstirpation (Underbinding af carotis communis og v. jugularis).	Död 1 Måned efter.		
Karcinom (udbredt höjresidigt, gribende over på v. Side).	Totalexstirpation.	Död efter 11 Dage.		
Karcinom.	Totalexstirpation.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	3 År.
Karcinom.	Totalexstirpation.	?	?	Nogle få Dage.
Recidivkarcinom (se Laryngofissurer Nr 22).	Totalexstirpation.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	1 År.
Karcinom.	Totalexstirpation.	Helbredelse.	?	?
Karcinom.	Totalexstirpation.	Helbredelse.	?	?
Cancer.	Totalexstirpation.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	6 År.
Karcinom (larynx og pharynx).	Totalexstirpation.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	1 År (se Lavisés Statistik).
Adenokarcinom (v. Strubehalvdel).	Totalexstirpation (epiglottis lades tilbage).	Helbredelse.	Intet Recidiv.	3¼ År. (I. C. f. L. 1896)
Karcinom.	Totalexstirpation.	Helbredelse.	Recidiv (hurtigt).	Död 2½ Måned eft. Operationen.
Epiteliom.	Totalexstirpation.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	14 Måneder.
Recidivkarcinom (se Laryngofissurerne Nr 3).	Totalexstirpation.	Helbredelse.	Recidiv (hurtigt).	Död 8 Måneder eft. Operationen.
Karcinom.	Totalexstirpation.	Helbredelse.	Död af 1 Recidiv.	3 Måneder eft. Operationen.
Karcinom (v. Stemmebånd).	Totalexstirpation.	Helbredelse.	To Operationer for Recidiv.	Rask 5 Måneder efter.

Löbe-Nr.	Literaturangivelser.	Operatörens Navn.	År, Datum.	Kön, Alder.
23	Afhandling af PERRUCHET, se LAVISÉS Statistik, Nr 192.	PÉRIER.	1893 30/7	Kvinde 56
24	S. St., Nr 193.	PIQUÉ.	1893 31/7	Mand 52
25	S. St., Nr 195.	D:o.	1893 8/9	Mand 24
26	S. St., Nr 194. (La clinique, 42, 1893.)	CHEVAL.	1893 13/9	Mand 60
27	Se PERRUCHETS Afhandl. (LAVISÉS Statistik.)	PÉRIER.	1893 24/10	Mand 57
28	Brit. med. Journ. 30 Decb. 1893. (Int. Cent. f. L., XI, 193.)	MACDONALD.	?	?
29	HANSBERGS Statistik.	ROSER (Hanau).	1891 20/2	Kvinde 53
30	S. St.	GERSTEIN.	1891 18/7	Mand 70
31	POULSEN (Centralbl. f. Chirurgie 1891).	POULSEN (Köbenhavn).	1891	Mand 56
32	LANZ: Dissertation (Int. Cent. f. L. X, 573).	KOCHER.	?	?
33	S. St.	D:o.	?	?
34	New-York med. Record 27/1 1894.	HUBBARD.	1893 27/12	Mand ?
35	Giorn. dell. Ist., Nr 3, 1894. (Int. Cent. f. L. XI, 727.)	NICOLAI.	—	—
36	Societé de chirurg. 26 Decb. 1894. (Int. Cent. f. L. XI, 539.)	MAUNOURY.	1894	Mand 38
37	Deutsch. med. Wochenschr. 35, 1893.	POPPERT.	1892 12/9	Kvinde 68
38	Berl. kl. Wochenschr. 21, 1892.	WOLFF.	1891 8/10	Mand 41

Indikation for Operation.	Operationens Beskaffenhed.	Operations-resultatet.	Enderesultatet.	Hvor lang Tid efter Operationen set.
Karcinom.	Totalexstirpation.	Död 8 Dage efter af Hjärneblödning.		
Karcinom.	Totalexstirpation.	Helbredelse.	(Pharynxfistel.)	4 Måneder.
Karcinom.	Totalexstirpation.	Helbredelse.	Recidiv kort Tid efter.	
Karcinom.	Totalexstirpation.	Död Dagen efter af Pnevmoni.		
Karcinom.	Totalexstirpation.	Död 6 Dage efter af Pnevmoni.		
Karcinom (intra- og extra-laryngealt).	Totalexstirpation + os hyoideum + de 5 överste Trakealringe.	Helbredelse.	?	?
Recidivkarcinom (se part. Resektioner Nr 35).	Totalexstirpation (Resekt. af pharynx)	Helbredelse.	Recidiv.	Döde 11 Måneder efter.
Karcinom (bageste Väg).	Totalexstirpation.	Död 8de Dag af Pnevmoni.		
Karcinom (Struben og Svälg).	Totalexstirpation (resectio pharyngis)	Död nogle Uger efter af Pnevmoni.		
Karcinom.	Totalexstirpation.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	Döde 2 År efter af Plevropnevmoni.
Karcinom.	Totalexstirpation.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	2½ År.
Epiteliom.	Totalexstirpation.	Helbredelse.	?	?
Karcinom.	Totalexstirpation.	Helbredelse.	Recidiv nogle Måneder efter.	Död.
Cancer.	Totalexstirpation.	?	?	
Udbredt cancer (bägge Stemmebånd.)	Totalexstirpation.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	11 Måneder.
Udbredt cancer i larynx og sinus pyriformis.	Totalexstirpation (resectio pharyngis)	Helbredelse.	—	Döde 2½ År efter af Kräftmetastaser.

Löbe-Nr.	Literaturangivelser.	Operatörens Navn.	År, Datum.	Kön, Alder.
39	HANSBERGs Statistik.	TOTI.	1892	?
40	S. St.	ROLTER.	1894 2/5	Mand 72
41	LAVISÉ: De la laryngectomie totale. Bruxelles 1895.	LAVISÉ.	1890 August	Mand 65
42	Brit. med. Journ. 1895, S. 1100.	SOLIS COHEN.	1892	Mand 48
43	Bull. d'academ. de méd. Paris 1895. (Int. Cent. f. L.)	PÉAN.	1894	Mand 50
44	Arch. méd. de Toulouse, Nr 11, 1895. (Int. Cent. f. L. XII, 67.)	JEANNEL.	1893 23/12	Mand 45
45	Rev. de laryngol. 1896, S. 1070.	BOND.	1894 14/8	Mand 56
46	Int. Cent. f. Laryng. XII, 410.	GLUCK.	1895 Okt.	Mand 56
47	S. St., XII, 68.	HERCZEL.	?	Mand 55
48	S. St.	D:o.	?	Mand 42
49	S. St.	D:o.	?	Mand 56
50	Brit. med. Journ. 16 Maj 1896. (Int. Cent. f. L. XII, 397.)	WARD.	—	Mand 64
51	S. St.	D:o.	—	Mand 42
52	SCHMIEGELOW (Tilf. Nr 4, Tabel I).	A. IVERSEN.	1891 Foråret	Mand 51

Indikation for Operation.	Operationens Beskaffenhed.	Operations-resultatet.	Enderesultatet.	Hvor lang Tid efter Operationen set
Karcinom.	Totalexstirpation.	Död 2 Dage efter af Hjärteparalyse.		
Pladeepiteliom (v. Strubeside, til Dels höjre Side).	Totalexstirpation (Fjärnelse af Halsglandler).	Helbredelse.	Intet Recidiv.	9 Måneder.
Karcinom.	Totalexstirpation.	Död Natten efter Operationen.		
Papillomrecidiv.	Totalexstirpation.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	3½ År.
Karcinom (udbredt).	Totalexstirpation.	Helbredelse.	?	?
Epiteliom.	Totalexstirpation.	Helbredelse.	Intet Recidiv.	16 Måneder.
Epiteliom.	Totalexstirpation (Fjärnelse af mange Glandler).	Helbredelse.	Intet Recidiv.	2 År.
Karcinom.	Totalexstirpation.	Helbredelse.	—	11 Uger.
Karcinom (udbredt).	Totalexstirpation.	Helbredelse.	?	
Recidivkarcinom (se part. Resektioner Nr 47).	Totalexstirpation.	Helbredelse.	?	
Karcinom (h. Stemmebånd).	Totalexstirpation (den ROTTERske Metode. Berl. kl. Woch. 1885, Febr.)	Helbredelse.	?	Kunde synke strax efter Operationen.
Karcinom.	Totalexstirpation.	Helbredelse.	?	
Karcinom?	Totalexstirpation.	Helbredelse.	?	
Karcinom (h. Side af larynx).	Totalexstirpation.	Død 3 Dage efter af Pnevmoni.		

Löbe-Nr.	Literaturangivelser.	Operatörens Navn.	År, Datum.	Kön, Alder.
				Kar
53	Journ. of Laryngol., Juli 1892.	SOLIS COHEN.	1842 ¼	Mand 44
54	Arch. f. Laryngologie, II B., 409. (BAUROWICZ.)	OBALINSKI.	1894	Mand 13
55	Medical news, Okt. 1885. (Int. Cent. f. L. 1896, 861.	THOMPSON.	1895	Mand 35
56	Int. Cent. f. L., XII, S. 397.	WARD.	?	Barn

Alt i alt 56 Tilfälde af Totalexstirpationer, deraf 51 for cancer, 3 for Sarkom og 2 for Papillomer. Tilfälde Nr 11 må udgå, da man kun får at vide, at der er gjort Totalexstirpation, uden at noget närmere oplystes om Patientens senere Skäbne.

Af de 55 »totalexstirperede» Patienter döde 12 kort efter Operationen = *21,8 %*. Regne vi PÉRIERS Tilfälde fra (Nr 23), hvor Dödsårsagen angives at våre Hjärneblödning 8 Dage efter Operationen, bliver Dödelighedsprocenten kun *21 %*. Se vi bort fra Sarkom- og Papillomtilfäldene og regne kun med de 50 Kräftpatienter, bliver Dödelighedsprocenten *22* (HANSBERG: 20).

Af de 39 »totalexstirperede» Cancerpatienter, som overlevede Operationen, vides de 10 at våre döde af Recidiv. 29 Patienter angaves at våre recidivfri; men Resultatet var for 16 Patienters Vedkommende tvivlsomt, da der enten mangler närmere Oplysninger eller der var hengået for kort Tid efter Operationen.

4 Tilfälde (Nr 12, 16, 19 og 44) havde våret recidivfri i fra 1 til 2 År,

4 Tilfälde (Nr 32, 33, 38 og 45) i fra 2 til 3 År og i fölgende

5 Tilfälde måtte radikal Helbredelse betragtes som opnået, for så vidt intet Recidiv var indtrådt efter 3 Års Forlöb:

Tilfälde Nr 5 iagttaget i 3 År,
» » 6 » » 4 »

Indikation for Operation.	Operationens Beskaffenhed.	Operations-resultatet.	Enderesultatet.	Hvor lang Tid efter Operationen set.
cinom.				
Sarkom.	Totalexstirpation.	Helbredelse.		
Sarkom.	Totalexstirpation.	Helbredelse.	Recidiv.	
Sarkom.	Totalexstirpation.	Helbredelse.		
Papillom.	Totalexstirpation.	Död.		

Tilfälde Nr 10 iagttaget i 3 År,
» » 15 » » 6 »
» » 17 » » 3½ »

Altså af de 50 Cancerpatienter, som behandledes med Totalexstirpation, ere 9 eller *18* % konstateret helbredede i over 2 År efter Operationen; men indskränke vi os derimod til at regne de Patienter, der have väret recidivfri over 3 År, for radikalt helbredede, synker Helbredelsesprocenten til *10* (HANSBERG: 10).

Opstille vi en sammenlignende skematisk Oversigt over Behandlingsresultaterne ved Strubekräften, således som de fremgå af de ovenfor nävnte tre Tabeller, kommer den til at se således ud:

Af 4 faryngotomerede	Pat:r döde 3 som Fölge af Operat.,	1 overlevede Op.,	0	(Kirtelrecidiv 4 Mdr eft. der opereredes, derefter recidivfri i 2 År.)
» 49 tyreotomerede	» » 7 » » » »	42 » »	7	bleve radikalt helbredede.
» 2 tyreo-faryngotom.	» » 0 » » » »	2 » »	1	»
» 50 partielt resecerede	» » 8 » » » »	42 » »	8	»
» 50 totalt resecerede	» » 11 » » » »	39 » »	5	»
Af 155 Strubekräftpatienter	döde 29 som Fölge af Operat.,	126 overlevede Op.,	21	bleve radikalt helbredede.

Med andre Ord Helbredelsesprocenten var ***13***,5 (= 21 af 155), den »umiddelbare» Dödelighedsprocent ***18***,7 (= 29 af 155).

Kaste vi et Blik på disse Tal og sammenligne dem med de Resultater, man i tidligere Tid har opnået ved den operative

Behandling af Strubekräften, viser det sig, at de »umiddelbart» efter Operationerne forefaldne Dödsfald ere aftagne i de senere År. Särligt er den »umiddelbare» Dödelighedsprocent efter Totalexstirpationerne sunket betydeligt. I HOLMERS Statistik fra 1883 var den »umiddelbare» Dödelighedsprocent 42 (22 af 52); TAUBER fik endog (87 af 145) 60 %, som vare döde umiddelbart som Fölge af Totalexstirpationer, udförte fra 1866 til 1890. Efter 1880 indtrådte der derimod en väsentlig Forbedring, idet MAX SCHEIER fandt, at den »umiddelbare» Dödelighedsprocent ved Totalexstirpationer, udförte fra 1880 til 1888, var sunken til 33,8 %, og dette Forhold er endnu forbedret efter 1890, idet vi have fundet Tallet reduceret til 22 %.

At dette Resultat skyldes en forbedret Teknik, udstrakt Anvendelse af godt fungerende aseptiske Tamponkanyler, Aflukning af pharynx fra trachea, bedre gennemfört Efterbehandling o. s. v., er udenfor al Tvivl. Jo större Fremskridt der i så Henseende göres, og jo mere de öjeblikkelige Farer ved Totalexstirpationen formindskes, desto mere berettiget er man til, når man står overfor en Patient, der lider af en intralaryngeal Kräftsvulst, at foreslå Operationen bragt i Anvendelse, når man ikke på anden og mere lämpelig Måde er i Stand til at skaffe Patienten af med sin Sygdom.

I denne Henseende var man i tidligere Tid, hvor man gennemgående väntede for länge med at skride ind, i langt höjere Grad indskränket i sit Valg; ti det hörte den Gang til Undtagelserne, at man ved simpel Tyreotomi eller ved en partiel Resektion var i Stand til at helbrede Patienterne radikalt. Nu til Dags, hvor Nödvendigheden af en laryngoskopisk Undersögelse i Tilfälde af en Strubelidelse står eller burde stå klart for enhver samvittighedsfuld og vel uddannet Läge, tör man håbe på, at intet Begyndelsesstadium af Strubekräften vil blive overset. Er det Tilfäldet og kan man angribe Kräftsvulsten, når denne kun har et ringe Omfang, vil Tyreotomien eventuelt i Forbindelse med den partielle Resektion af Strubeskelettet i det langt overvejende Antal Tilfälde väre tilsträkkelig til at helbrede Patienten, som derved opnår langt bedre funktionelle Resultater end ved Totalexstirpationen af larynx, der trods den moderne Kirurgis store Udviklingsgrad dog bibringer Patienten en höj Invaliditetsgrad. Den totale Exstirpation bör derfor kun foreslås i Tilfälde af intralaryngeal Kräft, som har en så stor Udbredelse, at der ikke kan väre Tale om

ved en Tyreotomi eller partiel Resektion at få Sygdomme radikalt opereret.

Som omtalt gentagne Gange tidligere, bör man for den operative Indikations Skyld skelne skarpt mellem de intra- og extralaryngeale Former. Erfaringen lärer, at de extralaryngeale Kräftsvulster give overordentlig ringe Chancer i Retning af Helbredelse, idet de på et meget tidligt Tidspunkt give Metastaser til de regionäre Halsglandler, og trods operative Indgreb bukke disse Patienter under för eller senere af Recidiver. Som Regel bör ens operative Indgreb i disse Tilfälde indskränke sig til at väre palliative, dämpe Smerterne ved Excision af de ulcererede Partier ved Hjälp af passende Instrumenter (navnlig Dobbeltkuretter) indförte gennem Munden, og eventuelt, når Omständighederne kräve det, foretage en Trakeotomi, Ösofagotomi, eller hvad anden palllativ Behandling Tilfäldet måtte indicere.

Stå vi overfor en begyndende intralaryngeal Kräftnydannelse, navnlig hvis denne sidder på Stemmebåndet, vil Tyreotomien väre på sin Plads. Skulde Lidelsen, efter at man har åbnet Struben, vise sig at have en större Udbredelse, end det laryngoskopiske Billede lod ane, og navnlig viser det sig, at Lidelsen går i Dybden og sträkker sig helt ud til Perikondriet, må man ikke nöjes med at fjärne Blöddelene alene, men fjärne större eller mindre Afsnit af Strubeskelettet. Medens de lateralt siddende, begränsede Kräftformer gennemgående have en bedre Prognose i Retning af definitiv Helbredelse, er Sagen noget mere tvivlsom for de Formers Vedkommende, som sidde på den bageste Strubeväg, på og imellem cartilagines arytænoidei; dels ere de vanskeligere at fjärne gennem et Tyreotomisår, dels synes de at have en noget större Tilböjelighed til regionäre Lymfekirtelmetastaser.

Tyreotomien, som den nu udföres, er en forholdsvis nem Operation, der, rigtigt udfört, synes at frembyde meget ringe Farer for Patienten.

Efter at jeg i Foråret under et Besög i London havde Lejlighed til at overväre en Tyreotomi, som Semon og Butlin udförte på en Kräftpatient, er jeg siden gået frem på samme Måde. Da Metoden er väsentligt forskellig fra, hvad man hidindtil har anvendt her hjemme, skal jeg til Slutning tillade mig med et Par Ord at beskrive den, således som jeg har udfört Tyreotomien på tre i dette År opererede Patienter.

Efter at Patienten er narkotiseret, göres der en tracheotomia superior, og en Tamponkanyle (HAHNs Pressesvampkanyle) indlägges. Man vänter 10 Minutter for at give Pressesvampen Tid til at bulne ud. Cartilago thyreoidea spaltes i Midtlinjen, og de to Dele fjärnes af Assistenter ved Hjälp af to Sårhager. En god stor Svamp, forsynet med en stärk Silketråd, presses gennem larynx op i Svälget, for at forhindre Spyt og Slim fra at flyde ned i Struben. Derefter pensles Larynxslimhinden gentagne Gange med en 15 % Kokainoplösning. Dette sker först og fremmest for at göre Slimhinden föleslös. Som bekendt er Larynxslimhinden det Sted, hvor Reflexen sidst ophörer under Narkosen, så at selv dybt narkotiserede Patienter få generende Hosteanfald, når man berörer Larynxslimhinden; dette undgås ved Kokainiseringen, som yderligere medförer den Fordel, at Slimhinden bliver anämisk. Fölgen deraf er, at Excisioner af Slimhinden i en kokainiseret larynx medförer en overordentlig ubetydelig og meget lidt generende Blödning. Kokainiseringen foretager jeg ved Hjälp af små sterile Gazetampons, som dyppes i Kokainoplösning og anbringes i larynx, hvor de lades liggende et Par Minutter ad Gangen. Man ser nu, hvor Nydannelsen sidder, og kan omskrive den med Kniv, idet man holder sig i en god Afstand fra Svulsten. Svulsten fattes med en Hagepincet, og med en krum Sax fjärnes alt lige indtil Perikondriet. Dette behandles derefter med en skarp Ske, for at man kan våre sikker på, at alle Blöddele ere fjärnede. Sidder Nydannelsen fortil i commissura anterior, gör man rettest i ikke alene at fjärne Stemmebåndet, men også et tilgränsende Stykke af hver af cartilago thyreoideas Halvdele.

Efter at alt sygeligt er fjärnet, og navnlig efter at Perikondriet er gået omhyggeligt efter med en skarp Ske, overbeviser man sig om, at Blödningen er fuldständigt standset. Undertiden er det nödvendigt, når det falske Stemmebånd er fjärnet, at sätte en PÉANs Pincet i Strubens bageste Hjörne, hvor et lidt större Blodkar kan spröjte og må underbindes eller torkveres. I Almindelighed standser al Blödning for nogle Minutters Tamponade af Struben.

Man fjärner da Svälgsvampen, overbeviser sig endnu en Gang om, at Strubens Indre er tört og frit for Blod, overpudrer den med lidt Borsyre og Jodoform og tager Tamponkanylen ud med det samme. Det udvendige Hudsnit, som går fra os hyoideum til sternum, träkkes sammen foroven og forneden

med et Par Suturer (BUTLIN foreslog i Foråret primär Suturering over det hele) og däkkes med Jodoformgaze, dyppet i en svag Sublimatvandoplösning, og Patienten anbringes i sin Säng, fladt liggende på Ryggen, så lavt med Hovedet som muligt, kun med en lille Pude under Nakken. I det förste Dögn må Forbindingen skiftes 3 til 4 Gange daglig, da den hurtigt bliver gennemblödt af blodigt Slim; men efter et til to Dögns Forlöb aftager Sekretionen, og Forbindingen skiftes da kun to Gange daglig, senere kun en Gang daglig.

Efterbehandlingen er så simpel som vel mulig — Patienten ligger roligt respirerende ad de naturlige Veje, idet Larynxsåret efter et Par Dögns Forlöb nästen er lukket. Allerede selve Operationsdagen have mine Patienter väret i Stand til uden Vanskelighed at synke. I Löbet af 7 til 8 Dage heler Såret til så at sige per primam, og efter den förste Uges Forlöb kunne Patienterne komme op.

Hovedforskellen mellem denne og den gamle Måde at udföre Tyreotomien på er for det förste, at man ikke udtamponerer larynx efter Operationen, og for det andet, at man strax fjärner Trakealkanylen. Udförer man Operationen under stränge aseptiske Kavteler, risikerer man ikke sekundäre Infektioner i larynx, og Frygten for at få akut Ödem eller lignende har hidtil vist sig at väre ugrundet.

Synkningen er mulig umiddelbart efter Operationen, hvad der tidligere kun var meget själdent i de Tilfälde, hvor larynx's to Halvdele holdtes stärkt distenderede som Fölge af den faste Udtamponering af Strubens Indre. At Farerne for Synkningspnevmonier ved at undlade at tamponere larynx i höj Grad formindskes, er indlysende.

Alle de Farer, som Udtamponeringen i gamle Dage medförte for Patienterne, Slimhindeirritationen, Hosten, Lösningen af Tamponen, som undertiden aspireredes i trachea og ved Tilstopning af Trakealkanylen fremkaldte Kvälning, undgås ved at overlade larynx til sig selv. At en af mine tidligere tyreotomerede Patienter (Nr 11, Tabel I), en 68-årig Mand, bukkede under af Pnevmoni, er jeg overbevist om, må tilskrives den Omständighed, at jeg udtamponerede hans larynx. Tamponen lösnede sig, foranledigede ved Gnidning mod Såret en ret stärk Efterblödning; Blodet aspireredes delvist i Lungerne, og 4 Dage efter optrådte Pnevmonien, som lagde Manden i Graven på 7de Dag efter Operationen.

Jeg skal ikke komme nærmere ind på, hvorledes den partielle Resektion eller Totalexstirpationen af Struben udföres. Enhver nyere kirurgisk Håndbog vil i så Henseende give de fornödne Vink.

M. H., der gives få Legemsafsnit, hvor Kräften optråder så lokalt vel afgränset i en forholdsvis lang Tid som i Struben, og få Steder, hvor den radikale Operation kan yde så smukke Resultater som her, forudsat at man erkender Lidelsen i Tide. Men Betingelsen for, at denne sidste Fordring skal ske Fyldest er, at man flittigt bruger sit Laryngoskop, idet man aldrig må glemme, at en Håshed er ofte det eneste Symptom på en begyndende intralaryngeal Strubekräft. — Medens Totalexstirpationen i tidligere Tider var den langt overvejende Behandlingsmetode, har den i det sidste Decennium tabt mere og mere Terrän i Sammenligning med de konservative Metoder, og samtidigt er der fört et fuldt gyldigt Bevis for, at man ved Hjälp af disse på en sikrere og mere skånsom Måde er i Stand til at helbrede Patienterne for deres Strubekräft, når denne blot tages under Behandling i sit Begyndelsesstadium.

Stockholm, 1897. Kungl. Boktryckeriet.

Kan tyrosin påvisas genom sublimation?

Af

Kand. S. HYBBINETTE
i Stockholm.

I en uppsats i Nordiskt medicinskt arkiv, årgång 1896, n:r 11, söker d:r CHR. ULRICH ådagalägga förekomsten af tyrosin i normal urin och beskrifver dessutom ett af honom angifvet sätt att påvisa det samma. Han uppgifver nämligen, att tyrosinet kan sublimeras och på grund däraf påvisas i urinen på följande sätt: »Urinen fälles med blyättika, och filtratet be»handlas med svafvelväte, till dess att alt bly blifvit utfäldt, »hvarefter det nya filtratet indunstas i porslinsskål på vattenbad. »Därefter sättes skålen på en asbestplatta af omkring ½ cm:s »tjocklek och uppvärmes försiktigt, sedan man förut anbragt en »med en vaddpropp sluten glastratt öfver afdunstningsåterstoden, »på så sätt att afståndet mellan denna och trattkanten är minst »1 cm. Vid uppvärmningen synas först hvita skyar af leucin»amylamin, och efter hand bildas på trattens insida ett färglöst, »sirupsliknande beslag, som vanligen strax efter trattens bort»tagande börjar kristallisera i de för tyrosinet karakteristiska »formerna. Beslaget gifver alla de för tyrosinet betecknande »reaktionerna, PIRIAS, HOFMANNS och SCHERERS reaktioner.» Enligt förf. skall det på grund däraf otvifvelaktigt vara tyrosin, i all synnerhet som urinens afdunstningsåterstod gifver positift resultat för HOFMANNS reaktion.

Uti d:r ULRICHS uppsats finnes emellertid intet försök angifvet, där sublimationsprof med det isolerade rena tyrosinet blifvit utfördt. Med afseende på dess egenskap att sublimera,

som här lägges till grund för dess påvisande, vill jag därföre hänvisa till de uppgifter därom, som återfinnas i literaturen.

Ser man efter i de större handböckerna, [1]) så finner man uppgifvet, att tyrosinet sönderdelas vid 290—295° C. Dessa uppgifter härleda sig från de för kännedomen om tyrosinet grundläggande undersökningar, som gjorts af ERLENMEYER och LIPP, [2]) hvilka därvid funnit, att tyrosinet vid upphettning på platinableck utbreder lukt af brändt horn och kvarlemnar en kolig återstod, och att det vid upphettning i kapillarrör vid 290° sintrar tillsamman och mellan 290 och 295° under lifiig gasutveckling sönderdelas med kvarlemnande af en brunfärgad återstod.

Tyrosinets förhållande vid upphettning hade redan förut noggrant studerats af SCHMITT och NASSE, [3]) hvilka funnit, att det endast vid försiktig upphettning till 270° gifver ett sublimat, men att detta sublimat ej är tyrosin. Tyrosinet sönderdelas nämligen i koldioxid och etyloxyfenylamin, som utgör det erhållna sublimatet. Denna kropp är svårlöslig i vatten och så obeständig, att den vid lösningens afdunstning delvis sönderdelas, hvarvid vätskan antager en gul till brun färg.

Då således d:r ULRICHS uppgift om fynd af tyrosin i normal urin medels den af honom beskrifna sublimationsmetoden strider mot dessa ur literaturen hemtade uppgifter, har jag på prof. K. A. H. MÖRNERS uppmaning underkastat hans meddelanden en närmare granskning.

Vid några försök att sublimera rent tyrosin, hvilka gjorts af mig, och vid hvilka jag alltid förfarit enligt den af d:r ULRICH för urinen angifna metoden, erhöls vid upphettning af 0,1 gm tyrosin en brunfärgad återstod och ett sublimat af i medeltal 0,0341 gms vikt. Sublimatet utgjordes af fina kristallnålar och kristallblad, som voro svårlösliga i vatten. I alkohol voro kristallerna lättlösliga, hvilket visar, att de ej utgjordes af oförändradt tyrosin. Lösningarna i vatten reagerade såsom etyloxyfenylamin starkt alkaliskt samt gåfvo de ofvan nämnda

---

[1]) F. BEILSTEIN: Handbuch d. organ. Chemie, 3 Aufl., 1896, bd 2, s. 1567.
F. HOPPE-SEYLER: Handbuch d. physiol. u. pathol. chem. Analyse, 6:te Aufl., 1893, s. 187.
NEUBAUER u. VOGEL: Analyse des Harns, 9:te Aufl. (ausg. v. HUPPERT) 1890, s. 174.

[2]) Ann. d. Chemie, 1883, bd 219, s. 173.

[3]) Ann. d. Chemie, 1865, bd 133, s. 211—216.

reaktionerna (PIRIAS, HOFMANNS, SCHERERS), hvilket dock ingalunda bevisar, att det är tyrosin, utan endast angifver, att ämnet i fråga är ett oxyderivat af aromatiska serien. Då utaf det ofvan sagda tydligt framgår, att tyrosinet ej kan sublimera i oförändrad form, torde väl redan detta vara tillräckligt för att öfvertyga en hvar om, att sublimatet, som erhålles vid upphettning af urinens afdunstningsåterstod, icke kan utgöras af tyrosin.

För att emellertid närmare undersöka, hvilka beståndsdelar möjligen skulle kunna ingå i det sublimat, som erhålles, då man enligt d:r ULRICHS föreskrift bearbetar normal urin, behandlade jag det med eter. Härvid visade sig vid upprepade försök, att en del af beslaget var löslig i eter, och att det alltid var denna och endast denna del, som gaf de ofvan nämnda reaktionerna. Detta är således ytterligare ett bevis för, att beslaget icke innehåller tyrosin, då nämligen tyrosinet är olösligt i eter. Återstoden på tratten efter eterbehandlingen var lättlöslig i vatten och gaf tydliga reaktioner på ammoniak och klor. Tyrosin fans där icke, emedan denna i eter olösliga del af beslaget ej gaf tyrosinreaktioner. Det ligger nära till hands att antaga, att den eterlösliga substansen skulle vara en blandning af fenoler och de i urinen förekommande aromatiska oxysyrorna (paroxyfenylättiksyra och paraoxyfenylpropionsyra), hvilka angifvas vara sublimerbara. För att utröna, om verkligen dessa båda grupper funnos i eterlösningen, skakade jag den med sodalösning, hvarvid dock den eterlösliga substansen ej påvisbart gick öfver i sodalösningen, hvilket talar för, att den skulle utgöras hufvudsakligen af fenoler.

Då jag således vid bearbetning af normal urin enligt d:r ULRICHS metod ej funnit ett spår tyrosin i sublimatet, har jag för att ytterligare visa den nämnda metodens otillförlitlighet gjort följande försök.

Sedan 100 cm^3 urin blifvit fälda med basiskt blyacetat och sedan behandlade med svafvelväte samt koncentrerade, tillsattes 0,1 gm tyrosin, hvarefter intorkning och sublimation utfördes enligt d:r ULRICHS föreskrift.

I tvänne sådana försök var resultatet alltid det samma, nämligen, att intet tyrosin fans i sublimatet. Sublimatet gaf visserligen HOFMANNS reaktion, men denna reaktion tillhörde substans, som var löslig i eter, och således ej var tyrosin.

Den i eter olösliga delen af sublimatet gaf däremot aldrig den nämnda reaktionen.

Då d:r Ulrich uppgifver sig hafva funnit mest tyrosin, ända till 4 p. m., i urin från personer, lidande af enteritis chronica, har jag särskildt på urin från tvänne sådana patienter anstält det af honom använda sublimationsprofvet. Därvid erhöll jag samma resultat, som vid försöken med urin från fullkomligt friska personer. En del af sublimatet löstes i eter och gaf fenolreaktioner, den andra delen var olöslig i eter, men gaf ej tyrosinreaktioner. Något tyrosin förekom sålunda ej häller här i sublimatet. Däremot tycktes den eterlösliga substansen förefinnas i något större mängd, i synnerhet när urinen var indikanrik. Då under denna sjukdom förruttnelseprocesserna i tarmen i allmänhet äro stegrade och därmed också fenolbildningen ökad, är det ju äfven att vänta, att utsöndringen af fenoler med urinen skall vara rikligare.

Slutligen har jag genom flere försök konstaterat, att en tyrosinmängd af 4 p. m. ej kan lösas eller vid kroppstemperatur hållas löst i urinen, oaktadt tyrosinet tager en del alkali från urinsyran, så att sura urater utfällas.

Det lider sålunda intet tvifvel, att d:r Ulrichs uppgift om fynd af tyrosin i normal urin saknar giltigt bevis, och att hans sublimationsprof varit vilseledande. Tyrosin låter för det första ej sublimera sig i oförändrad form, och vidare innehåller det ur urin framstälda sublimatet ej något tyrosin. De kristaller, som d:r Ulrich erhållit och tolkat som tyrosin, hafva utgjorts af helt andra ämnen, och de färgreaktioner, som sublimatet gifvit, hafva betingats af andra aromatiska oxyderivat, som normalt kunna framställas ur urin, men hvilka ej lemna minsta bevis för tyrosins närvaro uti urinen.

Karolinska institutets kemiska laboratorium, febr. 1897.

Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.

Öfvertalig urinblåsa med urinretention.

Kliniskt meddelande från Trelleborgs lasarett

af

Doktor C. A. LJUNGGREN.

En 12-årig gosse fick för 3 år sedan plötsligt utan någon känd anledning knip och krampartad värk i nedre delen af buken, starkast något till vänster om medellinien. Plågorna fortforo ett par timmar. De voro så svåra, att han gallskrek. Sedan upphörde de med ens, och han kände sig då fullt frisk. Dylika anfall upprepades sedermera under första året med mellanrum från 2 veckor till en månad. De tilltogo i styrka; kunde fortfara flere timmar och voro oftast åtföljda af kräkningar. Vanligen började de om kvällarna. Patienten kan icke erinra sig, att han, då smärtanfallen försvunno, kände behof af att kasta urin ej häller, att han omedelbart efter deras upphörande urinerade i större myckenhet.

De 2 sista åren tilltogo anfallen i frekvens och styrka. De sista månaderna återkommo de nästan hvar eller hvarannan dag. I öfrigt har patienten under hela sin uppväxt varit frisk, aldrig lidit af urininkontenens, ej häller af enuresis nocturna. Ingen phimosis. I juni månad 1894 såg jag patienten för första gången; han hade då ett anfall, som redan varat i 3 timmar. Han låg och jämrade sig högljudt, klagande öfver svår, krampartad värk i nedre delen af buken; hade haft upprepade kräkningar. Pulsen var hastig men jämn, ingen temperaturstegring. Vid undersökning af buken kändes strax nedom nafveln en elastisk, nära barnhufvudstor tumör, som ömmade vid palpation. Som jag då misstänkte, att detta kunde vara den utspända urinblåsan, frågade jag, om patienten nyligen urinerat, och erhöll till svar, att han för endast $^1/_2$ timme sedan kastat urin i ej så obetydlig kvantitet, utan att han däraf känt den ringaste lindring i plågorna. Någon kateter hade jag ej med mig på sjukbesöket. Jag ordinerade isblåsa och opium, och påföljande dag fick jag underrättelse, att plågorna upphört efter några timmars förlopp.

Sedan hörde jag icke af patienten förr än efter ett par veckor, då föräldrarna infunno sig med honom hos mig. De sade, att han under

tiden knappast haft en dags mellanrum mellan anfallen, och de frågade mig, om jag icke genom operation kunde hjälpa honom. Jag undersökte honom åter, men kunde nu ej finna ringaste spår af tumören ej häller något annat abnormt. Jag lemnade då det beskedet, att om anfallet upprepades, skulle de genast sända honom in till lasarettet, då jag ville se till, hvad som skulle kunna göras. Redan påföljande dag inskickades han till lasarettet. Han befann sig då i samma jämmerfulla tillstånd, som när jag första gången såg honom, och samma elastiska tumör kändes i nedre delen af buken. Jag införde nu en kateter i urinblåsan och tappade ut en mindre mängd urin, utan att tumören däraf erfor någon förändring. Tumörens natur var mig fullständigt gåtfull, men jag beslöt mig ändock, på grund af patientens svåra plågor, att göra laparotomi.

Efter de vanliga förberedelserna gjordes operationen samma dag, som patienten intogs på lasarettet, d. 18 juli 1894.

Sedan buken öppnats genom ett snitt, lagdt ifrån nafveln till symfysen, syntes en väl barnhufvudstor, klotrund, elastiskt fluktuerande, af peritoneum beklädd tumör, belägen exakt i medellinien, fixerad i botten af lilla bäckenet och nående nästan upp till nafveln. Den gaf intryck af att vara en enormt dilaterad urinblåsa. En kateter infördes i urinröret, och sedan insprutades en svag borsyrelösning. Då framträdde genast framför den förra en ny tumör, den normala urinblåsan, som var af vanlig storlek och rymd. Jag öppnade nu den bakre blåsan i dess topp, så att ett finger kunde införas, hvarvid en större mängd klar urin utrann. Samtidigt därmed sammanföll blåsans väggar, därvid något sammandragande sig. Själfva blåsväggen var betydligt tunnare, än en vanlig urinblåsas, och bestod af en yttre serosa, ett mellanliggande muskellager och ett inre slemhinnelager. Man kunde icke finna någon förbindelse emellan den och den framför liggande, normala blåsan. Den sträckte sig ned i lilla bäckenet, där den var fast och tämligen bredt fixerad emellan blåsan och rectum, och slutade i en trattformig fördjupning, som sträckte sig under den framför liggande blåsan. Med sond kunde jag ej finna någon öppning för densamma. Jag beslöt mig för att tils vidare anlägga en bukfistel och sydde därför fram blåsöppningen i buksåret, som i öfrigt slöts.

Buksåret läktes normalt, och sedan kastade patienten sin urin såväl genom urinröret som genom blåsfisteln. Vid uppmätning af urinkvantiteten visade sig, att lika stor mängd urin afgick genom den normala vägen som genom bukfisteln, ett förhållande, som upplyste mig om, att hvardera blåsan måste stå i förbindelse med hvar sin ureter. Jag försökte vidare genom att fylla den bakre blåsan så starkt som möjligt med färgad vätska få någon vätska att utträda vare sig i urinröret eller i den normala blåsan, men detta lyckades aldrig.

Ungefär 1 års tid gick patienten med blåsfistelbandage. Under denna tid fick han upprepade anfall af cystit i den bakre blåsan, hvilka behandlades med borsyre- och lapissköljningar. Hans forna plågor voro nu totalt försvunna.

Då emellertid blåsfisteln var besvärlig för honom, och hans föräldrar önskade, att han skulle befrias därifrån, beslöt jag mig för att

såsom den lämpligaste åtgärden anlägga en förbindelse emellan båda blåsorna ifrån buksnittet. Jag verkstälde operationen i 2 seancer. I den första öppnade jag det gamla buksåret och förenade med 2 rader kaguttsuturer den normala urinblåsans bakre vägg med den bakre blåsans främre vägg så långt ned som möjligt för att få till stånd en fast sammanväxning dem emellan. Därefter tamponerades såret med jodoformgas. Då urinen i den bakre blåsan ej var fullt aseptisk, vågade jag ej i samma seance göra kommunikation emellan de båda blåsorna. På grund af iråkad sjukdom kunde jag ej verkställa operationen härför förr än $1^1/_2$ månad efter första operationen. Jag öppnade då såväl den främre som den bakre blåsan midt emellan suturraderna. Nu fick jag ett gynsamt tillfälle att undersöka de båda blåsornas förhållanden. Genom att införa ett finger i hvardera blåsan och noggrant utpalpera kaviteterna kunde jag förvissa mig om, att intet samband emellan dem existerade. Öfveralt voro blåsorna förskjutbara mot hvarandra.

Vidare fann jag efter mycket letande, att i den bakre blåsans nedre bakre sidodel en sprickformig mynning förefans.

I denna öppning införde jag en fin sond. Denna gick i riktning mot vänstra njuren ungefär 8 cm. Längre kunde jag icke, på grund af det trånga utrymmet, föra den utan att riskera skada. Kanalen var af en ureters vanliga vidd. Sedan jag nu funnit inmynningsstället till ureteren, skred jag till afslutande af operationen.

I nedre delen af såret utkliptes å båda sidor af blåsväggarna halfmånformiga stycken, sedan förenades slemhinnorna å de bägge blåsorna med hvarandra genom ett par fina katgutsuturer. Öfre delen af snittet i de båda blåsväggarna slöts sedan, i det hvar blåsa för sig suturerades med dubbla rader katgutsuturer. Den nedre öppningen fick en längd af ungefär 3 cm. Buksåret slöts därefter med undantag af nedre delen, i hvilken en jodoformvel inlades. Förloppet efter operationen erbjöd intet anmärkningsvärdt, och efter en månad utskrefs patienten läkt den 20 jan. 1896. I februari 1897 återsåg jag patienten. Han hade ej haft någon påminnelse om det forna lidandet. Urinen var klar, och urinkastningen skedde normalt.

I literaturen har jag icke kunnat finna något fall fullt analogt med detta. Däremot har jag funnit, särskildt vid studiet af specialafhandlingar och kasuistiska meddelanden, att en synnerligen rikhaltig och ytterst växlande mångfald former af accessorika »urinblåsor» af olika ursprung blifvit iakttagen. Jag vill här endast erinra om de egendomliga fall, då själfva urinblåsan är mer eller mindre fullständigt delad, oftast i 2 sidohälfter, som hvar och en mottager sin ureter. Betydliga utstjälpningar vare sig af blåsväggen i dess helhet eller endast af dess slemhinna, de gemensamt s. k. blåsdivertiklarna, kunna äfven gifva anledning till ofta mycket stora extra urinblåsor, hvilka särskildt i äldre tider ej sällan uppfattats som själfständiga urinblåsor; slutligen vill jag äfven påminna om de intres-

santa fall, där, för det mesta beroende på ureterens abnorma utmynning, säckformiga utvidgningar af utseende som en urinblåsa uppstå vare sig i ureteren själf eller i det cystiskt omvandlade organ, t. ex. sädesblåsan, i hvilket den utmynnar. Alla dessa fall hafva sedan länge haft sitt stora anatomiska intresse; under senare tiden hafva de ryckts in äfven inom den praktiska kirurgiens område.

Det ligger ej inom ramen för mitt arbete att lemna en framställning af dessa olika bildningar, huru lockande detta än kunde vara, utan jag vill endast söka efterforska, om mitt fall kan hänföras till någon af dessa kategorier och, om så är, antingen vi här hafva för oss en dubbel urinblåsa eller en urinblåsliknande utvidgning af nedre delen af en ureter eller endast ett blåsdivertikel.

Jag vill då börja med den vanligaste bildningen, nämligen blåsdivertikeln, för att efterse, om fallet möjligen hit kan hänföras.

Man känner om blåsdivertiklarna, att de kunna uppnå dimensioner, som väl motsvara den storlek, som den accessoriska urinblåsan i mitt fall hade. Äfven läget i förhållande till den normala blåsan är i det föreliggande fallet öfverensstämmande med det för vissa former af blåsdivertiklar näml. de som utgå ifrån blåsbotten. Strukturen af väggen erbjuder ej häller någon skilnad, men hvad som med bestämdhet gör, att här icke kan vara tal om något blåsdivertikel, är för det första, att ingen kommunikation med urinblåsan kunde påvisas, icke ens något spår efter en förutvarande förbindelse förefans — öfveralt kändes, såsom man erinrar sig af sjukhistorien, de båda blåsväggarna fullt förskjutbara mot hvarandra — samt vidare, att hvarje blåsa hade sin egen ureter.

I literaturen finner man flere fall af accessorisk urinblåsa, som af författarne tolkats såsom dubbelbildningar af urinblåsan, men hvilka vid grundlig undersökning afslöjats såsom endast säckformiga utvidgningar af ureter, hvilken då vanligen utmynnat på ett abnormt ställe. SCHWARTZ har nyligen[1] lemnat en synnerligen värdefull ammanställning af dylika fall af ureteranomalier.

Skulle det vara möjligt, att mitt fall kunde hänföras till denna kategori? I så fall skulle den vänstra uretern hafva utmynnat i pars prostatica urethræ. Till följd af den trånga passagen i prostata skulle ett hinder uppstått för urinens afflöde och däraf föranledts en utvidgning af ureteren, hvilken starkast

[1]) I Beiträge zur klinische Chirurgie, bd XV, 1895.

gjort sig gällande i den nedre delen och här åstadkommit en urinblåsliknande bildning.

För att belysa frågan härom vill jag erinra om de kända fall, där ureteren inmynnat i pars prostatica urethræ. SCHWARTZ omnämner 2 fall, observerade af CHUCHU och CARRIEU, i hvilka en enkel ureter, och 7 fall, beskrifna af CIVIALE, WEIGERT, ZALUSKY, WALTER, TANGL BOSTRÖM, och REMY, i hvilka en öfvertalig ureter utmynnat i pars prostat. urethræ. I alla dessa fall har följden varit en utvidgning af ureteren och hydronefros af njuren antingen i dennes helhet eller, i händelse af öfvertalig ureter, af den del af njuren, som motsvarat denna. Utvidgningen af ureteren har haft olika storlek. I WEIGERTS fall hade ureteren storleken af en tarm och var jämnt uppdrifven, i TANGLS och CIVIALES fall var utvidgningen starkast å mellersta delen, och i CHUCHUS fall var slutstycket af ureteren päronformigt uppdrifvet. Granskar man nu mitt eget fall under jämförelse med dessa, så finner man kraftiga skäl, som tala emot, att man här skulle hafva att göra med en liknande bildning?

Redan den betydande storlek och den jämnt runda gestalt, som den accessoriska urinblåsan hade, talar häremot. Vidare fann man en ureter med en sprickformig mynning inmynna i dess bakre, undre sidodel, under det att, om urinblåsan varit nedre delen af en ureter, ureteren borde förefunnits i blåsans topp, bildande en omedelbar fortsättning af denna; vidare befans vid sondering denna ureter ej vara utvidgad, något som skulle varit händelsen, om blåsbildningen varit en ureterutvidgning, beroende på hinder för urinens normala utflöde. Detta hinder skulle ovillkorligen, såsom just de förut anförda fallen visa, gjort sig gällande äfven på den öfriga delen af ureteren, ja äfven till och med på njuren.

Att hydronefros ej förefans, därtill torde man tryggt kunna sluta däraf, att den afsöndrade urinmängden från de båda njurarna var lika stor.

På grund af dessa skäl kan det med säkerhet förnekas, att blåsbildningen i det här meddelade fallet berodde på en utvidgning af ureteren.

I sammanhang med frågan härom torde man äfven böra öfverväga den möjligheten, att ureteren kunnat inmynna i något med urinröret kommunicerande organ, som härigenom cystöst omvandlats. Man har därvid att tänka på sädesblåsan eller

sinus prostaticus. En cystös omvandling af dessa organs kaviteter kan visserligen under sådana omständigheter till en viss grad ega rum, men på grund af deras ringa rymd och utvidgningsförmåga uppstår äfven därvid en dilation af ureteren i sin helhet, såsom förhållandet varit i de fall, SCHWARTZ omtalar, såsom i WEIGERTS, EPPINGERS m. fl.

Det återstår nu att söka utröna, om en kongenital duplicitet af urinblåsan färelegat i mitt fall.

Den dubbla urinblåsan är en mycket sällsynt företelse och med rätta har påpekats af VIDAL, att fallen af dubbel urinblåsa hafva blifvit sällsyntare, alt efter som den patologiska anatomien utvecklat sig.

En granskning af de fall af dubbel blåsa, som publicerats, visar, att i de flesta af dem blåsan varit delad i 2 sidohälfter.

ENGLISCH[1] citerar äfven ett par fall, där blåsan varit delad i en öfre och en undre del. En delning såsom i mitt fall med en främre och en bakre blåsa kunde jag till en början ej i literaturen finna omtalad. Äfven SCHWARTZ, som synnerligen omsorgsfullt sammanstält de i literaturen förekommande fallen af dubbel urinblåsa, har ej häller kunnat finna något. Det var för mig då synnerligen välkommet, när jag i Gazette des Hopitaux, n:r 63 1895, fann ett sådant fall af öfvertalig urinblåsa och urethra, meddeladt af PÉAN, ett fall som han själf betecknar som fullständigt enastående.

Hans beskrifning är följande.

En 15 års gammal flicka hade sedan födseln lidit af beständig urininkontineus. Vid undersökning fans på främre vaginalväggen ett medialt utskjutande parti ofvanför bulbus urethralis och hymen af en nöts storlek.

Undersökande läkare hade uppfattat det som ett urethrocele eller cystocele. Fallet undersöktes noggrant af PÉAN, som konstaterade, att den lilla tumören vid tryck lemnade urin, hvilken icke afgick genom den normala urethra utan 3 mm. nedanför denna genom en annan, medialt belägen öppning, som var vida trängre. I denna infördes en fin sond, som afvek något åt vänster och förlorade sig i tjockleken af septum vaginale samt inmynnade i en kavitet, hvilken innehöll urin. Denna kavitet visade sig stå i förbindelse med urinblåsan; ty genom att trycka på denna utkom urin.

Han beslöt sig för att excidera den öfvertaliga blåsan och införde en kanellerad sond i urethra samt klöf denna i medellinien. Denna incision visade:

---

[1] Wiener. Klinik, 1894.

att den accessoriska urethra var 8 cm. lång, i sin början trång, men utvidgades sedan och blef vid inmynningen till blåsan trattformig.

att den accessoriska blåsan kommunicerade upptill och baktill med den normala blåsan genom en elliptisk öppning af 3 mm diameter;

att blåsslemhinnan fortsatte sig utan afbrott i divertikeln och den öfvertaliga urethra;

att det icke fans någon uretermynning i den bakre blåsan.

Han exstirperade den bakre blåsans slemhinna ända till kommunikationsstället, borttog äfven den del af väggen, som prominerade inåt vagina, och slöt såret med en dubbel rad af katgutsutur. — Fullständig hälsa inträdde.

Någon annan tolkning af detta fall, än den PÉAN själf lemnat, nämligen att här var fråga om en kongenital duplicitet, begränsad till urethra och blåsan, torde ej kunna gifvas. PÉANS fall skiljer sig i mycket ifrån mitt, men det visar dock, att en klyfning af blåsan och urethra, låt vara ofullständig, i en främre och bakre del kan ega rum.

Med antagandet af en kongenital duplicitet af urinblåsan i en främre och bakre hälft stämmer mitt fall såväl kliniskt som anatomiskt ganska väl. Blåsans läge, dess struktur och öfriga förhållanden blifva härigenom lätt förklarade. Man kan äfven därigenom lätt förstå hvarföre ingen ureterutvidgning och hydronefros kommit till stånd, äfvensom att patienten ej led af urininkontinens och till en början ej hade något besvär af sin missbildning. — Jag har ansett, att blåsan utmynnat i pars prostat. urethræ, därför att intet kommunikationsställe kunde upptäckas med den normala blåsan, och patienten dock frivilligt kunde hålla sin urin.

Den med åren framträdande svårigheten att tömma den bakre blåsan, torde hafva berott på prostatas utveckling. Denna körtel är ju, som bekant, mycket litet utvecklad under de tidigare åren och får egentligen först emot puberteten en hastigare tillväxt.

Genom prostatas förstoring har ett hinder uppstått för urinafflödet ifrån den bakre blåsans utförsgång, och detta hinder har icke kunnat utgöras af en enkel förträngning, ty då skulle afflödet hafva förhållit sig på helt annat sätt än det skildrats i sjukhistorien. Man skulle hafva fått samma kliniska bild, som vid en urinrörsstriktur, dock med den olikhet, att urinen äfven kastats normalt, nämligen den urin, som tömt sig ifrån den främre, normala blåsan.

Utaf sjukhistorien framgår, att patienten under ganska lång tid kastade sin urin fullt normalt; så uppstod plötsligt ett hinder, och han fick ett anfall af akut urinretention i den bakre blåsan, karakteriseradt af de i sjukhistorien beskrifna symptomen. Efter någon tid häfdes hindret, och sedan kunde han åter under första perioden af sjukdomen kasta urin normalt under tämligen långa mellanrum af ända till en månad. Därefter kom ett nytt anfall af urinretention med liknande förlopp. Dessa anfall tilltogo sedan i frekvens och styrka, men äfven på sista tiden kunde han hafva ett dygns mellanrum, då urineringen försiggick normalt.

Detta låter sig lättast förklara genom det antagandet, att vid prostatas utveckling utförsgången erhållit krökningar som vållat, någon klaffartad tillslutning i analogi med hvad man ej sällan finner vid böjningar af ureteren. Vid en viss utspänning af blåsan har denna tillslutning blifvit fullständig, men sedan blåsan ytterligare utspändts, har hindret lösts. Vid en ringa fyllning af blåsan har urinen kunnat passera utan svårighet. Under sista tiden har hindret utvecklat sig alt mera.

Utom dessa båda fall, mitt eget och PEANS i hvilket senare med säkerhet en delning af blåsan i en främre och bakre del kunnat konstateras finnes ytterligare ett fall i literaturen nämligen det af SCHWARZ själf å WÖLFLERS klinik iakttagna, som möjligen kunde hänföras hit. Sjukberättelsen är i korthet följande:

En 12-årig flicka led sedan den spädaste åldern af urininkontinens. Hon kastade urin på normalt vis flere gånger på dygnet, men därjämte afgick urin droppvis oupphörligt dag och natt. Vid undersökning konstaterades nedanför den vanliga urinrörsmynningen en fin, punktformig öppning, ur hvilken urin droppvis framkom. Med fina laminariastift utvidgades denna öppning. Sedan den normala blåsan tappats, tillsades patienten försöka »pressa på», och då afgick urin i fin stråle ur den lilla öppningen. Därefter fyldes starkt den normala blåsan med vätska, hvartill åtgick 130 cm. Den tömde sig endast genom det normala urinröret. En uretersond infördes i den bakre mynningen, och 80 cm vätska insprutades, som afflöt ur den normala mynningen. Genom att inspruta olika färgad vätska i de båda urinrören ådagalades äfven att intet sammanhang dem mellan förefans.

De båda urinrören dilaterades med Hegars dilatatorier. Genom att införa ett finger i hvardera blåsan kunde man finna, att de voro fullständigt skilda ifrån hvarandra. och att båda voro beklädda med glatt slemhinna. En anastomos gjordes emellan de båda blåsorna och därigenom blef patienten nästan fullständigt befriad från urininkontinensen.

Schwartz' första åsikt var, att här förelåg en duplicitet af urinblåsan och urinröret, men efter närmare studium kom han till den uppfattningen, att den bakre blåsan i stället var att uppfatta såsom en säckformig utvidgning af en ureter, hvilken utmynnade direkt i vagina. Han anför följande skäl, hvarför han antager, att det ej kunde vara tal om en dubbel urinblåsa:

Han har icke i literaturen kunnat finna något fall, då urinblåsan varit delad i en främre och en bakre hälft.

Han har icke i något fall af dubbelblåsor funnit, att urinkontinensen varit störd, och slutligen har han icke funnit något fall, där samtidigt en duplicitet af blåsa och urinrör förefunnits.

Pean's fall visar, att just dessa förhållanden kunna ega rum, och därigenom vederlägges Schwartz' bevisföring.

Väl erkännande att på grund af de upplysningar, som om Schwartz' fall föreligga, intet kan med bestämdhet afgöras i denna fråga, vill jag endast framhålla, att för sannolikheten af en dubbel urinblåsa i nämnda fall tala: dels blåsans storlek, dels den omständigheten, att vid digitalundersökning ej någon öfvergång till ureteren kunde i blåsans öfre del finnas. Därjämte förefaller mig följande omständighet beaktansvärd: i sjukhistorian omtalas, att efter tömning af den normala urinblåsan och vidgande af den bakre blåsans utförsgång patienten kunde vid pressning aflåta urin i fin stråle.

Hvad som skulle kunnat bringa klarhet i detta fall hade varit, om författaren noggrant undersökt ureterens förhållande till den bakre blåsan. Detta torde, då ju blåsans utförsgång hade blifvit utvidgad, lätteligen kunnat ske med endoskop och sondering.

Utaf denna utredning framgår, att bland de här ofvan skildrade olika patologiska bildningarna, endast en, nämligen den kongenitala dubbla urinblåsan, öfverensstämmer med mitt fall.

Det finnes emellertid ännu ett sätt, på hvilket man skulle kunnna förklara dess genes, och det är, att den bakre urinblåsan skulle vara bildad af de Müllerska gångarna, hvilka utvecklat sig till en större cysta, utmynnande i sinus prostaticus, och att i denna blåsa vänstra ureteren anomalt utmynnat. Jag medgifver gärna, att denna tolkning utgör en kombination af sällsyntheter, men så enastående som fallet är, måste man äfven taga hänsyn härtill. För att få ett faktiskt underlag för denna mera teoretiska spekulation har jag noggrant i literaturen

genomgått de fall, där Müllerska gångarna hos mannen persisterat, och studerat de olika utvecklingsgrader, som dessa kunnat ernå. Jag vill här endast i korthet resumera följande, som kan vara af intresse för bedömandet af mitt fall. Den högsta utbildningen Müllerska apparaten hos mannen kan uppnå är, då den bildar en fullständig vagina jämte uterus med tuber. Dylika fall äro iakttagna af bland andra: FOLLIN,[1]) v. FRANQUE.[2]) ENGLISCH[3]) skildrar små cyster, belägna på urinblåsans baksida och med en bindväfssträng sammanhängande med prostata, uppkomna af rester af Müllerska gångarna. Dessa synas vara de lägsta utvecklingsformerna. Mellan dessa båda ytterligheter finnas sedan talrika mellanformer; så beskrifver STEGLEHNER[4]) ett fall, där vagina och en äggformig uterus förefans men inga tuber; ARNOLD[5]) ett fall där en fullständig vagina, å hvars topp en rudimentär uterus befann sig, öppnade sig i sinus prostaticus; PECH[6] ett fall, där endast vagina förefans. Därjämte finnes en hel del fall, där ingen tydlig vagina eller uterus bildats, utan i stället mer eller mindre oregelbundna, större, cystösa bildningar förekommit. GRUBER[7]) beskrifver ett fall, där en platt ihålig muskelkanal ifrån prostata sträcker sig uppåt längs blåsans baksida och slutar i 2 horn, och TOLMATCHEFF[8]) ett fall, där en mycket stor, oregelbundet formad cysta förefans på baksidan af blåsan, inmynnande i sinus prostaticus. JULIUS ARNOLD[9]) har sammanstält en del fall, där den nedre delen af Müllerska gångarna persisterat och bildat en rudimentär vagina. Han yttrar följande: »den storlek, som dessa cystösa bildningar kunna uppnå, är mycket växlande, än ytterligt obetydliga, än så stora att de bilda voluminösa säckar, hvilka äro belägna emellan ändtarmen och bakre blåsväggen. Deras utmynning i urinröret är än mycket fin, än vidare, icke sällan är öppningen sprickformig och omgifven af en egendomlig vall.»

---

[1]) Anf. efter Klebs Handbuch der pathol. Anat., bd 1, 1876.
[2]) Beiträge zur Geburtshülfe, bd 4, 1859.
[3]) Medizin. Jahrbücher 1874, s. 197.
[4]) De hermaphroditorum natura. Leipz. 1817. Anf. efter Arnold, s. n. 9.
[5]) Virchows Archiv, bd 47, 1869.
[6]) Archiv für Gynäkologi, bd XI.
[7]) Virchows Archiv, bd 67, 1876.
[8]) Virchows Archiv, bd 49, 1870.
[9]) Virchows Archiv, bd 47, 1869.

Utaf denna resumé framgår, att det antagandet, att i mitt fall den bakre blåsan hade uppstått ifrån de Müllerska gångarna vinner ett godt stöd i de ofvan relaterade fallen.

Visserligen hafva dessa abnorma utvecklingsformer af Müllerska gångarna hos mannen ofta varit åtföljda af missbildningar i yttre genitalia — hvilka saknades i mitt fall — men detta har hufvudsakligast varit förhållandet vid de högsta utvecklingsformerna, och t. o. m. vid dessa kunna de yttre genitalia vara normala; vid de lägre utvecklingsformerna har detta vanligtvis varit händelsen.

Möjligheten af, att en ureter kunnat utmynna i en dylik, af Müllerska gångarna bildad blåsa låter sig ej häller förnekas, ty hos kvinnan finner man ej så sällan, att ureteren inmynnar i de bildningar, som framgå af Müllerska gångarna. SCHWARTZ, omnämner ej mindre än 6 fall, där ureteren inmynnat i vagina. Ingen observation af dylik anomali hos mannen har jag kunnat finna. KLEBS[1]) beskrifver visserligen ett fall, där ureteren skulle hafva utmynnat i en uterus hos en gosse, men vid en närmare granskning af fallet visar det sig tydligen ej höra hit utan till ett helt annat område, nämligen till sådana ureterutvidgningar, som uppkomma vid anomalt förlopp i själfva blåsväggen af uretern och dennas utmynnande i pars prostatica.

Den öfvertaliga urinblåsans läge i mitt fall, dess inmynning i pars prostatica, det förhållandet, att den var fullständigt skild ifrån den normala blåsan, frånvaron af ureterutvidgning jämte de kliniska symptomen stämma väl med antagandet af, att en ureter inmynnat i en säckformig kavitet, som ledt sitt ursprung från de Müllerska gångarna.

Ett af de båda olika uppkomstsätten för den öfvertaliga urinblåsan i mitt fall, antingen en kongenital duplicitet af urinblåsan eller en säckformig omvandling af Müllerska gångarna, måste hafva förelegat, hvilket af dessa anser jag mig ej med någon säkerhet kunna afgöra.

Beträffande behandlingen af, fallet har den af mig vidtagna åtgärden, nämligen anastomosbildningen emellan de båda blåsorna, visat sig fullt tillfredsställande, ty under det år, som förflutit efter operationen, har patienten ej haft några sjukliga symptom ifrån blåsan. För att underlätta tömningen utaf den bakre blåsan och hindra urin att stanna i den samma var natur-

---

[1]) Handbuch der pathologischen Anatomi 1876, s. 738.

ligtvis fördelaktigt att få öppning till stånd så långt ner emot blåsans botten som möjligt, hvilket jag äfven sökte åstadkomma, så långt omständigheterna det medgåfvo.

Jag har ansett mig böra meddela detta fall såsom ett bidrag till de intressanta anomalier inom urinväggarna, som på senaste tiden kommit alt mer och mer inom den praktiska kirurgiens område, och jag hoppas, att den lilla utredning jag lemnat öfver fallet, kan vara till nytta för framtida forskningar på detta område.



Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1897. N:r 10.

Offenstehender Ductus Botalli nebst Atherom in den Ästen der Arteria pulmonalis

von

ARNOLD JOSEFSON.

Bei der Obduction einer 66 Jahre alten Frau, welche unter der Diagnose Vitium organicum cordis (Mitralisstenose) + Arteriosklerosis gestorben war, fand ich eine Communication zwischen der Aorta und der Arteria pulmonalis, und bei näherer Prüfung derselben bin ich zu der gewissen Überzeugung gekommen, dass es sich hier um einen offenstehenden Ductus arteriosus Botalli handelt. Dieser Befund wie die Anwesenheit von prägnanten sklerotischen Veränderungen in den stark erweiterten Lungenarterienästen veranlässt mich, diesen Fall zu veröffentlichen. Herr Professor EDGREN hat die Güte gehabt, mir das Krankenjournal zur Verfügung zu stellen.

Aus der mir bekannten Litteratur will ich zuvörderst kurz anführen, was um das Verhältnis zwischen dem klinischen Krankheitsbilde und den pathologisch anatomischen Befunden recht zu beurtheilen von Interesse sein kann; darauf folgen die Krankengeschichte und der Obductionsbericht.

Dass der Ductus arteriosus eine Menge verschiedener Anomalien zeigen kann, und dass unter diesen eine verspätete Involution oder richtiger Obliteration die häufigste ist, sagt bereits ROKITANSKY [2]); Fälle mit vollständiger Persistenz des Ganges das ganze Leben hindurch erwähnt er gleichfalls. Selten kommen doch diese Anomalien vor ohne dass gleichzeitig Andere derartige in dem Herzen und den grossen Gefässen beobachtet werden. So giebt RAUCHFUSS [5]) an, dass er in 10 Fällen von Stenose in der A. pulmonalis den Ductus Botalli dreimal offen

fand, und in 5 Fällen von Atresie in demselben Gefäss war der Ductus fünfmal d. h. in allen Fällen offen. KUSSMAUL [5]) fand ihn offenstehen in 9 Fällen von 28, wo Stenose in der A. pulm. vorhanden war und in 14 Fällen von 16, wo Atresie in diesem Gefässe vorlag.

Hier werde ich indessen nur von solchen Fällen sprechen, wo das Offenstehen des Ductus Botalli die *einzige* Missbildung in Herz oder Gefässen gewesen ist; das Offenstehen des Foramen ovale zähle ich dann nicht zu den Missbildungen.

Die normale Lage des Ductus Botalli halte ich für allgemein bekannt; hinsichtlich der Zeit für dessen Obliteration führe ich nach HENLE [4]) die Resultate an, zu welchen ALVARENGA gekommen ist. Bei der Untersuchung von 72 Kindern, die weniger als 30 Tage alt waren, fand er den Ductus Botalli in allen Fällen offen, bei 49 Kindern im Alter von 1—4 Monaten in 19 Fällen (39 %), bei 9 Kindern im Alter von 4 Monaten bis 12 Jahren in 3 Fällen. RAUCHFUSS [5]) führt LANGERs Angabe an, dass der Kanal am 20. Lebenstage obliterirt ist, dass aber die Mündung nach der Aorta hin bis Ende der 4. Woche persistirt.

Nach ROKITANSKY [2]) sollte das Foramen ovale sich nicht schliessen, wenn der Ductus Botalli persistirt; HENLE [4]) äussert sich in derselben Richtung; RAUCHFUSS [5]) dagegen behauptet, dass das Foramen ovale in der Regel bei Persistenz des Ductus Botalli geschlossen ist, d. h. ohne andere gleichzeitige Anomalie im Herzen oder in den grossen Gefässen. In meinem Falle ist das Foramen ovale vollständig geschlossen (siehe unten); FOULIS [7]) fand es in einem Falle, wo der Ductus Botalli offenstand, gleichfalls geschlossen.

Viele Fälle, wo der Ductus Botalli das ganze Leben hindurch ohne andere Anomalie in dem Herzen oder den grossen Gefässen persistirt hat, habe ich in der Litteratur nicht gefunden. Es ist klar, dass Fälle, wo die klinische Diagnose, welche äusserst schwer zu stellen ist, durch die Section nicht bestätigt worden ist, nur einen untergeordneten Werth haben. — RAUCHFUSS [5]) ställt 16 Fälle zusammen; danach sind die unten genannten 8 Fälle veröffentlicht worden, in Summa 24.

FRANCK-FRANÇOIS [6])	1	Fall	2 Jahre
FOULIS [7])	1	»	22 »
WHITE [8])	1	»	53 »
MURRAY [10])	1	»	36 »

RICKARDS [11])	1 Fall	17 Jahre	
HOCHHAUS [12])	1 »	24	»
SACHS [14])	1 »	21	»
JOSEFSON	1 »	*66*	»

Bezüglich des Alters giebt RAUCHFUSS [5]) an, dass unter seinen 16 Fällen 7 zwischen 3 Monaten und 9 Jahren waren
5 » 19 Jahren » 34 »
4 » 40 » » 52 »

Von den oben aufgezählten 24 Fällen sind also
8 zwischen 3 Monaten und 9 Jahren,
10 » 17 Jahren » 36 »
6 » 40 » » 66 »

Betreffend die *Ätiologie* für ein primäres Offenstehen des Ductus Botalli — ich sehe hier von dem secundären d. h. der Wiederöffnung ab — sind die Ansichten verschieden gewesen. STRASSMANN [18]), welcher an Gefrierschnitten und durch eine Reihe Thierexperimente (Injectionen) die normale Obliteration des genannten Kanales studirt hat und in Bezug hierauf zu dem Schluss gekommen ist, dass die Schliessung mechanisch und momentan erfolgt, stellt folgende Behauptung auf. Der Ductus Botalli schliesst sich nicht primär,

a) wenn die Athmung nicht hinreichend in Gang kommt (Atelectase),

b) wenn zufolge einer zu frühen Athmung der Ductus auf Grund einer Aspiration des Blutes überdehnt ist;

c) bei abnormen Druckverhältnissen in den grossen Gefässen (Missbildungen im Herzen, Stenose in der Aorta oder in der A. pulmonalis, Verschiedenheiten in Ursprung oder Insertion des Ganges);

d) wenn die Entwicklung des Ganges unvollständig (Prämaturi) oder gehemmt (Insufficienz des Ductusverschlusses) ist.

Fehler in der Zusammensetzung der Wand nimmt ORTH [9]) als ein Hauptmoment auf; STRASSMANN [18]) hält sie nur von untergeordneter Bedeutung.

In *anatomischer* Beziehung stellt RAUCHFUSS [5]) 3 Gruppen von offenstehendem Ductus Botalli auf:

1) trichterförmiger Kanal, am weitesten nach der Aorta hin;

2) kurzer cylindrischer Kanal, oft weiter als normal;

3) zwischen den beiden anliegenden Gefässen befindet sich kein eigentlicher Kanal, sondern nur eine runde Öffnung,

so dass die Intimæ der Gefässe hier direct in einander übergehen.

Was das *Herz* in den oben zusammengestellten Fällen betrifft, so liegt in den meisten eine ausgeprägte Hypertrophie und Dilatation des rechten Ventrikels wie eine starke Erweiterung der Lungenarterie vor, Alles Folgen der Drucksteigerung in der A. pulmonalis. In WHITE's [8]) und MURRAYS [10]) Fällen fehlt diese Hypertrophie vollständig. In manchen Fällen liegt auch Hypertrophie des linken Ventrikels vor, dies dann oft in Folge gleichzeitiger Veränderungen in den Valveln oder im Herzfleisch.

Endocarditische Verdickungen an den Valveln sind nicht selten und können die Ursache zu Insufficienz und Stenose werden. SACHS [14]) sagt nach Weigert, dass die Pulmonalisklappen .zufolge des Blutstromes von der Aorta immer wieder solchen fremden mechanischen Einflüssen ausgesetzt werden, welche inflammatorische Veränderungen ermöglichen.

RICKARDS [11]) beschreibt einen Fall von ulceröser Endocarditis, wo er glaubt, dass der ulceröse Process von der A. pulmonalis auf die Aorta durch den offenstehenden Ductus übergegangen ist. HOCHHAUS [12]) hat einen Fall, wo ausser in der Aorta und der A. pulmonalis auch im Ductus Botalli selbst endocarditische Veränderungen vorkommen.

In keineswegs wenig Fällen sind die Äste der A. pulmonalis Sitz von secundären Veränderungen, worunter die Dilatation am häufigsten vorkommt. SACHS [14]) beschreibt einen Fall von persistirendem Ductus Botalli, wo 2 Aneurysmen in den Ästen der A. pulmonalis vorhanden waren, und FOULIS [7]) nennt einen Fall, wo die A. pulm. selbst aneurysmatisch erweitert war. Letzterer hält eine Persistenz des Ductus Botalli als die gewöhnlichste Ursache der Aneurysmabildung in der Lungenarterie. Eine Veränderung von keineswegs gewöhnlicher Art ist das Auftreten von Atherombildung in den Ästen der A. pulmonalis. Bei den 3 Fällen über 40 Jahre, welche GERHARDT [5]) untersucht hat, lag eine solche durchweg vor. HEBB [15]) beschreibt einen Fall von Aneurysma Duct. Botalli, wo der Ductus offenstand und atheromatöse Veränderungen in den Ästen der A. pulmonalis vorhanden waren. In den übrigen Fällen finden sich keine Angaben von derartigen Veränderungen in den Lungengefässen.

Was nun so seltene Fälle betrifft wie die, wo der Ductus Botalli persistirt, so ist die Diagnose während der Lebenszeit äusserst schwer zu stellen, weil die physikalischen Phänomene an sich nichts vollkommen Charakteristisches haben. Foulis [7]) und Hochhaus [12]) scheinen mir die Einzigen zu sein, welchen die Diagnose gelungen ist.

Die *Anamnese* bietet im Allgemeinen keine Anhaltspunkte für congenitale Missbildung; angeborene Cyanose fehlt oft, ein Umstand, welcher nach Hochsinger [13]), dessen Aufsatz ich, was die Symptomatologie betrifft, zum grossen Theil folge, auch in Fällen von schweren angeborenen Herzfehlern mehrere Jahre bestehen kann. — Subjectiv werden in einigen Fällen Schmerzen in der Herzgegend, Herzklopfen und Athemnoth notirt. Den wichtigsten Anhaltspunkt für die Diagnose hat man natürlich in der Untersuchung des Herzens und dann zuvörderst in der *Auscultation.*

Gerhardt [5]) betont Folgendes als für die Diagnose wichtig: eine bandförmige Verlängerung der grossen Herzdämpfung aufwärts links vom Sternum über die dilatirte Lungenarterie, systolisches Geräusch über dem Ostium pulmonale und dem Stamm der A. pulm., deutliche Verstärkung des 2. Pulmonalistones wie ein spätes Auftreten von progrediirender Cyanose. Gerhardt hat indessen in keinem Falle diesen Symptomencomplex in seinem ganzen Umfange angetroffen.

Hochsinger [13]), welcher congenitale Herzfehler bei *Kindern* untersucht hat, ist der Meinung, dass folgende Momente für die Persistenz des Ductus Botalli sprechen: Starke, systolische Geräusche mit dem Punctum maximum am oberen $^1/_3$ des Sternums ohne gleichzeitig ausgesprochene Hypertrophie des linken Ventrikels, Verstärkung des 2. Pulmonaltones und Cyanose.

Das Vorkommen von bloss diastolischen Geräuschen bei congenitalen Herzfehlern überhaupt ist Hochsinger [13]) unbekannt; nach ihm begleiten solche stets die Systolischen. Die diastolischen Geräusche beruhen gewöhnlich auf solchen entzündlichen Veränderungen, welche sie auch sonst verursachen.

Das systolische Geräusch bei offenstehendem Ductus Botalli ist durch Wirbel zu erklären, theils durch die Hineinpressung des Aortablutes in die A. pulm. während der Ventrikelsystole entstanden, theils dadurch, dass sich in dieser Arterie entgegengesetzte Blutströme begegnen.

Was die Verstärkung des 2. Pulmonaltones anbelangt, so wird diese dadurch erklärt, das bei der Systole eine so grosse Blutmenge die Klappen der Pulmonalis schliesst. — Constant scheint das systolische Geräusch oder dessen Punctum maximum nicht zu sein. FRANCK-FRANÇOIS [6]) betont, gestützt auf 2. Fälle, von welchen der eine zur Section kam, dass das systolische Geräusch auf dem Rücken gleich links vom 2. und 4. Brustwirbel zu hören ist und dass dessen Intensität in einem gewissen Verhältnis zur Respiration steht; es ist nämlich stärker beim Inspirium und schwächer beim Expirium zu hören. Eine ähnliche Beobachtung habe ich bei den übrigen citirten Autoren nicht gefunden.

Dass zufolge der Persistenz des Ductus Botalli Circulationsstörungen in den Lungen und endlich allgemeine Stase entstehen kann, erwähne ich nur im Vorbeigehen.

Frau M. S., 66 Jahre, aus Bodkyrka, wurde den $^{15}/_{10}$ 1896 in die medicinische Abtheilung des Königl. Serafimerlazarettes aufgenommen und starb den $^{28}/_{11}$ 1896. Krankenbericht von Cand. Med. C. CRONQUIST.

Anamnese: Die Patientin weiss nicht, ob jemand in ihrer grossen Verwandtschaft Herzfehler gehabt hat. Selbst ist sie im allgemeinen sehr gesund gewesen, hat Alkohol nicht missbraucht und ist nicht venerisch gewesen. Vor c. 15 Jahren bildete sich ein Knoten auf dem linken Handgelenk in der Gegend vom Proc. styloideus ulnae, und das ganze Handgelenk schwoll an und schmerzte. Sie wurde ein Jahr lang von einem Arzte medicinisch behandelt und ganz wiederhergestellt; seit dieser Zeit hat sie keine Affection der Gelenke gehabt. Im Herbst 1895 begann sie an Herzklopfen und Athemnoth bei körperlichen Anstrengungen zu leiden, besonders wenn sie Treppen oder einen Berg hinauf steigen musste. Indessen beachtete sie diese Symptome nicht weiter. 1896 zu Anfang des Sommers begannen die Beine anzuschwellen; sie consultirte einen Arzt, welcher Medicin verschrieb, nach deren Gebrauch das Oedem schwand. Als sich indessen das Oedem im September wieder einstellte und der Stuhl sehr träge wurde, suchte sie in der medicinischen Poliklinik des Serafimerlazarettes Hilfe; hier wurde ihr Aufenthalt im Krankenhause angerathen.

St. praes. $^{22}/_{10}$ 96. Augenblicklich hat die Kranke, welche zu Bett liegt, keine subjectiven Symptome ihres Leidens, wenn sie auf der rechten Seite liegt; wenn sie dagegen auf dem Rücken oder der linken Seite liegt, so stellt sich gern ein Gefühl von Ersticken ein. Sie ist von mittlerer Länge und guter Constitution. Musculatur und Panniculus nicht so gut entwickelt. Unbedeutendes Ödem an Beinen und Rumpf. Zunge nicht belegt. Appetit und Stuhl normal. Schlaf gut. Puls gleichmässig, voll, Frequenz 72. Temperatur afebril. Harn sauer, spec. Gew. = 1,024, giebt deutliche Ausschläge auf Eiweiss mit Hellers

Probe; Eiweissgehalt zu klein, um mit Esbachs Albuminimeter bestimmt zu werden. Im Sediment nichts Abnormes.

Herz: Deutliche Voussure vorhanden. Herzimpuls kräftig zu fühlen im 6. Interstitium etwas ausserhalb der Mamillarlinie; wird von 3 Fingern bedeckt. Im 4. Interstitium der linken Seite ist ein diastolisches Fremissement deutlich zu fühlen. Keine deutliche absolute Herzdämpfung. Die relative Herzdämpfung reicht nach links 3 cm. über die Mamillarlinie, nach oben an den Anheftungspunkt des 2. Rippenpaares, nach rechts an den rechten Sternalrand. An der Spitze und besonders deutlich links vom Sternum im Mamillarplane ist ein diastolisches Geräusch zu hören. Dies wird auch, obgleich sehr undeutlich, an den übrigen Auscultationsstellen gehört (undeutlich auch auf dem Rücken) wie im Allgemeinen an diesen Stellen die Herztöne sehr schwach und undeutlich sind. Der zweite Pulmonalton ist nicht deutlich verstärkt, vielleicht weil derselbe vom Geräusch, welches hier auch zu hören ist, verdeckt wird. Die Artt. subclaviæ fühlt man deutlich in den Fossae supraclavic. pulsiren. Keine Geräusche weder hier noch über anderen peripheren Gefässen. Kein Venenpuls. Radialarterien etwas fest.

Seitens der Lungen nichts zu bemerken. Die Leberdämpfung erreicht in der rechten Mamillarlinie 3—4 cm. unterhalb des Thoraxrandes; Höhe der Leber hier 14,5 cm. Kein Zeichen von Ascites. Harnmenge pro die 400—450 kbcm.

Behandlung: Inf. Digital.

Tagesnotizen:

$^{25}/_{10}$ Harnmenge 1,000 kbcm. Ordination: Diuretin. $^{3}/_{11}$ Harnmenge wechselnd; zwischen 1,200—1,500 kbcm. Ödem verschwunden. Die Kranke hat heute einige Stunden ausser Bett zugebracht und sich wohl dabei befunden. Diuretin wurde ausgesetzt. $^{7}/_{11}$. Die Harnmenge hat zwischen 500—700 kbcm. gewechselt. Der Appetit ist schlechter geworden. Ordination: Inf. amar. $^{11}/_{11}$ Schwaches Ödem um die Fussknöchel. Harnmenge 200—300 kbcm. Ordination: Decoct. diuret., was sie doch erbrach. $^{12}/_{11}$. Inf. amar. wurde ausgesetzt. Appetit fortfahrend schlecht; Geneigtheit zu erbrechen. $^{14}/_{11}$. Diuretin 1 × 3. $^{16}/_{11}$ Diuretin ausgesetzt. $^{17}/_{11}$ Inf. digitalis.

$^{18}/_{11}$ Bei Demonstration der Patientin heute in der Klinik wird bemerkt: Hautfarbe blass, vielleicht ins Gelbliche übergehend. Conjunctivae möglicherweise schwach gelbgefärbt. Schwaches Ödem über den Rumpf und im Gesicht; sehr stark an den Beinen. Inspection und Palpation des Herzens wie in St. praes. d. $^{22}/_{10}$. Die Grenze der relativen Herzdämpfung rechts in der Mitte des Sternums. Keine Dämpfung über dem Manubrium. Diastolisches Geräusch von sägendem Charakter, meist hörbar gleich links vom Sternum im 4. Interstitium; dies wird auch über der Auscultationsstelle der Aorta gehört. Der erste Ton stark accentuirt. Auf dem Rücken sind Töne, kein Geräusch zu hören. Puls klein, gespannt, etwas unregelmässig. Radialarterien geschlängelt, rigid; Artt. brachiales deutlich zu sehen. Temporalarterien geschlängelt. Die Artt. subclaviæ sind deutlich zu fühlen. Keine Töne bei der Auscultation über peripheren Gefässen. Kein doppelter Cruralton bei Druck mit dem Stetoskop. Kein Venen- noch Capillarpuls.

Diagnose: Arteriosklerosis + Vitium org. cordis (Stenosis valv. mitr).

19/11 Inf. digital. ausgesetzt. Urin albuminhaltig. 20/11 Die Ödeme nehmen zu. T:æ Strophanti. 22/11 Kalomel 0,20 × 3. 24/11 Harnmenge 1,400 kbcm. Das subjective Befinden etwas besser. Fühlt sich aber sehr matt. Kalomel wird ausgesetzt. Diuretin 1 × 3. 28/11 Harnmenge die letzten Tage wieder geringer: 300—500 kbcm. Übrigens unverändert. Tod heute plötzlich, 3 Uhr 40 M. nachmittag.

Obductionsbericht N:r 194, 96. Obd. den 30/11 96. Das Protokoll vom Verf. dictirt.

Leiche von ziemlich zartem Körperbau. Leichenstarre bestehend. Über dem Rücken ausgebreitete blauviolette Leichenflecke. Allgemeine Hautfarbe bleich; im Gesichte starke Cyanose. Im Unterhautgewebe um die Fussgelenke und auf den Handrücken reichliches Ödem. Panniculus und Musculatur atrophisch.

Von der Calotte, dem Gehirn und seinen Häuten nichts zu bemerken.

Bei Eröffnung des Bauches erweisen sich die Därme mässig ausgespannt. Das Peritoneum von etwas vermehrter Feuchtigkeit. Das Oment durch recht feste, strangartige Bindegewebsadhärenzen auf kleineren Gebieten theils an das Colon descendens, theils an die untere Leberfläche befestigt. Der untere Leberrand überragt in der rechten Mamillarlinie nicht den Thoraxrand; in der Mittellinie ragt er 9,5 cm. unterhalb der Basis proc. xyphoid. Aus der Bauchhöhle werden ungefähr 1,500 kbcm. von einer klaren, schwach gelbgefärbten, dünnflüssigen Flüssigkeit entnommen. Vom Situs viscerum sonst nichts zu bemerken.

Bei Eröffnung des Thorax ziehen sich die Lungen wenig zusammen, dies besonders in Bezug auf die rechte. Beide Lungen sind überall durch strangartige Bindegewebsadhärenzen an die Brustwand befestigt. Aus der rechten Pleurahöhle werden ungefähr 350 kbcm., aus der linken einige Esslöffel von einer gelben, klaren, dünnflüssigen Flüssigkeit herausgenommen.

Das Pericardium überall glatt und glänzend ausser auf der vorderen Herzfläche, wo sich ein Sehnenfleck von der ungefähren Grösse eines 2-Pfennigstückes befindet.

Wenig subpericardiales Fettgewebe. Das Herz ist etwas grösser als die geballte Hand der Leiche; an der Bildung der Spitze ist die rechte Kammer mehr als normal betheiligt. Die Aorta hält die Wasserprobe. Die Valv. tricuspidalis lässt vier Finger hindurch; an den Schliessungsrändern zerstreute, kleine, fibröse Verdickungen; übrigens ohne Bemerkung. Die rechte Kammerwand hypertrophisch, misst 7 × 6 × 4 mm. Die Muskelbalken besonders stark hervortretend. Rechter Vorhof bedeutend dilatirt. Die Pulmonalisklappen sind in den Noduli und theilweise auch an den Rändern deutlich fibrös verdickt, so dass eine volle Continenz in den Valveln nicht bestanden zu haben scheint. Eine geringere strangartige Adhärenz zwischen zwei angrenzenden Klappen.

Die Valv. mitr. lässt 2 Finger hindurch; im Segel wie in den Schliessungsrändern zeigt sie kleinere, fibröse Verdickungen, welche auf der ersteren Stelle eine mehr gelbliche Farbe angenommen haben. Die Musculi papillar. kurz und dick und an den Spitzen sehnengewandelt. Die Chordæ tendineæ sind hier und da zusammengeflossen, so dass sie theilweise dicker als gewöhnlich erscheinen; sie zeigen keine Verkürzung. Die linke Kammerwand etwas dicker als gewöhnlich; die reichlichen Muskelbalken erscheinen etwas zusammengedrückt.

Die Aortaklappen ohne Bemerkung.

Nirgends Defect im Septum. For. ovale geschlossen. Das Herzfleisch zeigt kleinere, weisse—gelbweisse Streifen und Flecke; es fühlt sich in der rechten Kammer äusserst fest an, in der linken ist die Consistenz etwas teigig. Die Kranzarterien verlaufen geschlängelt und sind äusserst dilatirt; in der Intima sind kleinere gelbliche Verdickungen zu bemerken.

Dicht oberhalb der Stelle, wo sich die A. pulm. theilt, ist eine Communication zwischen dieser und der Aorta; in der letzteren liegt die Communicationsöffnung im untersten Theile des Aortabogens ein wenig unterhalb der Abzweigung der A. subclavia sin. Die Communication besteht aus einem, nach der Aorta sich erweiternden Kanal dessen hintere Wand aus einer 9 mm. langen Rinne besteht; dessen vordere Wand misst in der Länge 3,5 mm. Die pulmonale Mündung des Kanals besteht aus einer scharf begrenzten, runden Öffnung von 4 mm. Durchmesser; die Mündung in der Aorta ist elliptisch, 10 × 6 mm. Durchmesser. Die Aorta zeigt um und in dieser Mündung feste, an einigen Stellen knorpelharte, gelbe — gelbweisse Verdickungen in der Intima; auch in den Wänden des Kanales sind solche Herde anzutreffen; die pulmonale Mündung wird von einem ziemlich dünnen, scharfen Rande begrenzt, und erst einige Millimeter von dieser werden in der Gefässwand solche Verdickungen beobachtet. Die Aorta misst bei dem Austritt aus dem Herzen 7 cm. im Umkreis; die A. pulmonalis, welche überall enorm dilatirt zu sein scheint, misst an derselben Stelle 8,5 cm. im Durchmesser.

In der Aorta und A. pulm. sind in der Intima zerstreute, gelbliche Verdickungen, welche nirgends, stark kalkinkrustirt sind, auch nicht zu Wundenbildung zu tendiren scheinen, sichtbar. In der Intima der peripheren Arterien gleichfalls kleinere Verdickungen der Intima.

Die Lungen sind von etwas grösserem Gewicht als gewöhnlich. In den Spitzen kleinere, indurirte Partien mit Kalkablagerung. — Das Lungenparenchym ist überall lufthaltig, von braunrother Farbe und etwas fester als gewöhnlich. Die Bronchialschleimhaut geschwollen und hyperämisch. Die Äste der Lungenarterien sind besonders in der rechten Lunge stark dilatirt und zeigen hochgradige sklerotische Veränderungen. Die Milz misst 11 × 7 × 5 cm. Sie fühlt sich sehr fest an. Auf der Oberfläche befindet sich ein weisslicher Fleck von der ungefähren Grösse eines 2-Pfennigstückes, welcher sich als ein keilförmiger entfärbter Infarct erweist. Die Pulpa sonst stark blutgefüllt, von fester Consistenz. Die Glomeruli treten deutlich hervor.

Die Nieren sind von gewöhnlicher Grösse, von sehr fester Consistenz. Bei Lösung der Kapsel folgt hier überall Parenchym mit; der Schnittrand nicht schwellend. Auf der etwas unebenen Schnittfläche zeigt sich die Rinde blass und stark glänzend. Die Pyramiden stark blutgefüllt. Bei Jodzusatz treten die Glomeruli schwach braungefärbt hervor.

Die Gallengänge vollständig permeabel. Die Leber etwas vermindert; unterer Leberrand scharf. Leberfläche äusserst uneben; am vorderen Theile des rechten Lappens eine deutliche Schnürfurche. Die Schnittfläche zeigt ein buntes Aussehen, indem kleinere, gelbweisse Felder mit stark dunkelrothen Streifen abwechseln. Die Zeichnung tritt undeutlich hervor. Das Parenchym äusserst fest, die Schnittfläche uneben. Keine Braunfärbung bei Jodzusatz.

Die Ventrikelschleimhaut zeigt diffuse Blutimbibition. Ist etwas verdickt mit einzelnen hämorrhagischen Erosionen. Die Därme zeigen keine Veränderungen. Sonst nichts zu bemerken.

Die mikroskopische Untersuchung des Herzfleisches zeigt theils ausgeprägte Pigmentatrophie, theils das Bild einer fibrösen Myocarditis.

P. A. D. *Arteriosklerosis universalis* + *Apertura duct. Botalli c. dilatat. Aæ. pulm.* + *Hypertrophia cordis præcipue dxt.* + Myocarditis fibrosa + Endocardit. chron. c. insufficient. valv. A. pulm., (mitral. et tricusp.) + Stasis chron. lienis, hepat. + Ascites + Anasarca + Hydrothorax dxt. + Infarct. hæmorrhag. lienis + Induratio rubra pulmon. + Bronchitis + Pleuritis adhæs. chron. bilat. + Indur. apicis pulm. + Nephrit. chron. levis c. amyloid. + Peritonit. chron. circumscript. + Gastrit chron.

Vorstehender Fall bietet Interesse hauptsächlich vom pathologisch-anatomischen Gesichtspunkte. Wir haben bei einer 66 Jahre alten Frau zwischen der Aorta und Art. pulmonalis eine Communication, welche bei näherer Prüfung sich als ein persistirender Ductus Botalli erweist. Der Umstand, dass in deren Mündung in der Aorta sowohl wie in der eigenen Wand des Kanales stark ausgeprägte sklerotische Veränderungen vorhanden sind, kann Veranlassung zu der Annahme werden, dass die Communication nicht primär und präformirt ist, sondern dass sie vielmehr zufolge Zereissung einer atheromatösen Wunde in der Aortawand entstanden ist. Hiergegen spricht indessen theils das Vorhandensein eines wirkliches Kanales, theils die pulmonale Mündung des letzteren, welche ja rund und gut begrenzt ist. Und dass ausgesprochen sklerotische Veränderungen gerade hier anzutreffen sind, ist ja nicht wunderlich, da die atheromatösen Veränderungen sich ja an den Stellen etabliren, wo sich die Gefässe umbiegen oder theilen.

Auch in diesem Falle liegt starke Hypertrophie der rechten Kammer vor; die schwache Hypertrophie der linken beruht ge-

wiss zum Theil auf der ausgebreiteten Arteriosklerose, und zum Theil auf dem chronischen Reizungszustande in den Nieren. Im Vorbeigehen sei erwähnt, dass ausschliessliche Atheromatosis in der Aorta *nicht* Hypertrophie erzeugt, ein Umstand, welchen unter anderen Key [8]) bei Besprechung der Rückwirkung der Aneurysmen auf das Herz deutlich gezeigt hat.

Der Valvelapparat in der Arteria pulm. hat in genanntem Falle offenbar nicht sufficient sein können; die Lungenarterie war enorm dilatirt, und chronische Verdickungen waren in den Schliessungsrändern der deutlich retrahirten Valveln vorhanden.

Von den Symptomen vom Herzen erklärt sich das diastolische Geräusch aus dem letzterwähnten Umstande; dass der 2. Pulmonalton nicht verstärkt gehört werden konnte, wird bereits im Krankenjournal motivirt. Das hohe Alter der Patientin, die anamnestischen Angaben wie das Fehlen eines systolischen Geräusches leitete jeden Verdacht auf einen congenitalen Herzfehler ab.

In diesem Falle kommt als Complication eine bedeutende Erweiterung der Äste der Lungenarterie vor, welche hochgradige arteriosklerotische Veränderungen zeigen. Arteriosklerose in der Lungenarterie ist keineswegs ein gewöhnlicher Befund. Wenn man häufiger als bisher bei Fällen von hochgradiger Arteriosklerose besonders die Lungengefässe untersuchte, so würde man hier vielleicht öfters Sklerose finden, als dies angegeben wird. Um zu zeigen, wie selten diese Veränderung indessen ist, führe ich hier einige Schemata (theilweise) an. In Fällen, wo eine solche, auf Senilität beruhende Veränderung vorhanden gewesen ist sind die Arterien hier nach der Frequenz derselben geordnet.

Lobstein [1]):		Rokitansky [2]):		Huchard [16]):	
1.	Arcus aortae	2.	Arcus aortae	1.	Arcus aortae
7.	Aæ. coronar. cordis	3.	Aæ. coronar. cordis.	3.	Aæ. coronar. cordis
14.	Aæ. brachiales	10.	Aæ. brachiales	13.	Aæ. brachiales
16.	*Aæ. pulmonales* (zuletzt)	15.	*Aæ. pulmonales* (vorletzt)	19.	*Aæ. pulmonales* (vorletzt)

Alle 3 Autoren stimmen also darin überein, dass die A. pulm. eines der Gefässe ist, welche zuletzt von der Arteriosklerose ergriffen werden. Da dies der Fall ist, kann man sich mit Recht fragen: Liegt in dem oben erwähnten Falle eine andere Ursache als das hohe Alter zur Erklärung der hochgradigen Veränderungen in den Ästen der Lungenarterie vor?

Liegt nicht möglicherweise hier ein sozusagen experimenteller Beweis dafür vor, dass Erhöhung des Blutdruckes (in diesem Falle in der A. pulmon.) im Verhältnis zur Arteriosklerose ein primäres und causales Moment ist? GERHARDT [5]) hielt in seinen 3 Fällen (siehe oben) die Druckerhöhung für die Ursache der atheromatösen Veränderungen; ORTH [9]) wagt sich nicht bestimmt in der Frage zu äussern, sondern setzt ein Fragezeichen.

Die Thatsache ist sehr beachtenswerth, besonders wenn man wie die Franzosen dies thun, einem erhöhten Blutdruck hinsichtlich der Pathogenese der Arteriosklerose eine grosse Bedeutung beimisst.

Quellenschriften:

1) LOBSTEIN. Lehrb. d. path. Anatomie Bd II 1835.

2) ROKITANSKY. Handb. d. spec. path. Anatomie Bd I 1844 s. 387.

3) KEY Aortaaneurismers återverkan på hjertat. Nord. Med. Ark. Bd I, 1869.

4) HENLE. Handb. d. Gefässlehre d. Mensch. 1876, s. 77.

5) RAUCHFUSS. GERHARDTS Handb. d. Kindkrankh. Bd IV: I, 1878.

6) FRANCK-FRANÇOIS. Gaz. hébdom. 1878, N:r XXXVII.

7) FOULIS. Edinb. Med. Journ. 1884 s. 17.

8) WHITE. Trans. Path. Soc. of London 1884—85, XXXVI.

9) ORTH. Lehrb. d. spec. Anatomie II: 1. s. 160. 1887.

10) MURRAY. Lancet London 1888 s. 879.

11) RICKARDS. Brit Med. Journ. 1889, I, s. 640.

12) HOCHHAUS. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 51. 1891—92.

13) HOCHSINGER. Wiener Klinik 1891.

14) SACHS. Deutch. Med. Wochschr. 1892 N:r 23.

15) HEBB. Trans. Path. Soc. of London 1893, citerad ur SCHMIDTs Jahrbüch. Bd 247.

16) HUCHARD. Traité clin. d. maladies du coeur et des vaisseaux 1893.

17) TRAITÉ de Médecine 1893 Bd V.

18) STRASSMANN, Arch. f. Gynekolog. 1894, s. 393.

Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.

Nordisk medicinsk literatur från 1896.

Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi: CHR. SIBELIUS: Lisiä spinaali-ganglioitten tuntemiseen. (Bidrag till kännedomen om de spinala ganglierna.) — ERNST LANDERGREN: Ueber die Erstickungserscheinungen an den Kreislaufs und Athmungsapparaten. — J. E. JOHANSSON, E. LANDERGREN, KLAS SONDÉN und R. TIGERSTEDT: Beiträge zur Kenntniss des Stoffwechsels beim hungernden Menschen.

CHR. SIBELIUS: **Lisiä spinaali-ganglioitten tuntemiseen. (Bidrag till kännedomen om de spinala ganglierna.)** Duodecim 1896, bd 12, n:r 12.

För att hafva några normalmått att hålla sig till vid sina undersökningar af spinalganglierna under patologiska förhållanden, har förf. uppmätt storleken af inemot 5,000 ganglieceller från de spinala ganglierna hos 3 nyfödda och 3 fullvuxna, hos hvilka nämnda ganglieceller med säkerhet kunde anses normala. Gangliecellerna undersöktes några timmar post mortem; sönderpetningspreparat i fysiologisk koksaltlösning; längd och bredd uppmättes, äfven öfriga förhållanden beaktades.

Mätningarna gåfvo vid handen, att i samtliga undersökta fall de i fråga varande gangliecellernas storlek var proportionel med de från resp. spinala ganglier utgående perifera nervernas längd. De största gangliecellerna förefunnos sålunda i de ganglier, hvilka motsvarade extremiteternas nerver, hvaremot de översta cervikala och nedersta sakrala ganglierna innehöllo endast mindre celler; äfven i ganglion Gasseri kunde endast någon enstaka större cell påträffas. I de dorsala ganglierna, synnerligast i de lägre, voro de större cellerna något talrikare.

Vidare förefinnes uppgifter om cellkärnarnas förekomst och storlek, om gangliecellernas pigmenthalt. Tabeller upplysa om närmare detaljer.

E. A. Homén.

ERNST LANDERGREN: **Ueber die Erstickungserscheinungen an den Kreislaufs und Athmungsapparaten.** Skand. Arch., bd VII, s. 1.

Förf. har utfört sina försök på fullvuxna djur (kaniner och katt). De nödiga operationerna äro utförda under kloroform- eller eternarkos. Före kväfningen voro djuren fullt vakna från narkosen. Puls och blodtryck, andningsrörelser och muskelkramp registrerades. Kväfningen åstadkoms genom att låta djuret andas ren vätgas eller kolsyra vid spontan andning eller genom att utesluta konstgjord andning.

Förf. undersöker den relativa retbarheten och uthålligheten vid kväfning hos kärlcentrum i förlängda märgen och i ryggmärgen, hämmande hjärtnervernas centrum samt andningscentrum och det s. k. krampcentrum. Han påvisar, att maximum af vagusretning infaller under den s. k. præterminala andningspausen, och att de spinala kärlcentra befinna sig i retningstillstånd samtidigt med de s. k. terminala andetagen. Den præterminala andningspausen finner förf. vara en hämningsföreteelse.

Förf. berör äfven frågan om spinala andningscentra samt om den s. k. CHEYNE-STOKESska andningen.

J. E. J—n.

J. E. JOHANSSON, E. LANDERGREN, KLAS SONDÉN und R. TIGERSTEDT: **Beiträge zur Kenntniss des Stoffwechsels beim hungernden Menschen.** Skand. Arch., bd VII, s. 29.

I fråga varande arbete utgör en redogörelse för ett »hungerförsök», utfördt på en 26 år gammal med. kandidat. Försöket utfördes efter följande plan: 2 dagar vanlig kost, noga analyserad, därefter 5 dagar hunger och slutligen åter 2 dagar vanlig kost, noga analyserad. Under hela försöket bestämdes kolsyreutsöndringen, och härutinnan skiljer sig detta försök från alla föregående hungerförsök. Urin- och tarmuttömningar samlades och analyserades.

Försökspersonens allmäntillstånd var hela tiden godt. Endast på den 3:dje hungerdagen erfor han smärtor i buken och kunde ej som vanligt »hänga på krokig arm». Följande dag voro dock dessa symptom öfver.

De utförda beräkningarna af försöksresultaten omfatta: födans tillgodogörande under matdagarna, ämnesomsättningen under dessa dagar samt under hungerdagarna. Under 2:dra, 8:de och 9:de försöksdagarna omsattes i kroppen 2705.3, 2436.9, 2410.1, WE motsv. 40.1, 38.1, 36.8 WE på dygn och kilogram kroppsvikt, samt 68.2, 56.2, 61.1 % af den med födan tillförda mängden potentiel energi. Under de 5 hungerdagarna uppgick omsättningen i kroppen till 33.1, 32.0, 31.2, 31.1, 31.2 WE på dygn och kilogram kroppsvikt, hvaraf framgår att kroppen synnerligen hastigt, nästan redan på första hungerdagen, inställer sig på minimalförbrukning.

Af intresse är att se den hastighet, med hvilken den under hungerdagarna lidna förlusten ersättes vid den följande tillförseln af föda. Hastigast synes förlusten af vatten och askbeståndsdelar blifva ersatt.

Variationerna i puls, temperatur, kolsyre- och kväfve-utsöndring på olika tider af dygnet äro särskildt framstälda.

J. E. J—n.

Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi:

THORVALD MADSEN: Experimentelle Undersögelser over Difterigiften. — MICHAEL RASMUSSEN: Påvisning af Galdefarvestof i Urinen.

THORVALD MADSEN: **Experimentelle Undersögelser over Difterigiften.** Doktordisp. København 1896.

Forf., der er Assistent ved Universitetets Laboratorium for medicinsk Bakteriologi, har i denne Afhandling nedlagt en Del af de Erfaringer, man der har gjort med Hensyn til Serumfremstillingens Teknik.

I Bogens förste Kapitel meddeles först Oplysninger om Bouillonens Tilberedning, dens Reaktion, Undersögelsen af Kulturens Renhed samt Filtreringen gennem CHAMBERLANDs Filter med vedföjet Beskrivelse og Tegning af det af Forf. konstruerede Filtrationsapparat. Efter i det fölgende Kapitel at have gjort Rede for den anvendte Difteriraces Växt og Toxindannelse i Bouillon, omtales og kritiseres på Grundlag af egne Forsög de forskellige Momenter, der menes at influere på Toxindannelsen, således den ROUX'ske Luftoverledning, Tilberedningen af Köd, der har ligget kortere eller längere Tid, Sterilisationsmåden o. s. v.

Derpå omtales Difteriforgiftningen hos Marsvin, hvorefter Forf. i Bogens sidste Kapitler beskäftiger sig med Måling af Difteritoxins og antidifteritisk Serums Styrke; hvad sidstnävnte angår, har som bekendt den franske og tyske Skole hver sit Mål. På Grundlag af egne Forsög tager Forf. Ordet for den nöjagtigere og hurtigere BEHRING-EHRLICHske Metode; han foreslår at opstille et Normalserum og vil hertil benytte det tyske Serum (»staatlich geprüft»).

Sluttelig anföres i en Protokol samtlige Forsög.

H. Jacobäus.

MICHAEL RASMUSSEN: **Påvisning af Galdefarvestof i Urinen.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 1200.

Forf. anbefaler at anstille Pröven på Galdefarvestof på fölgende Måde: Til 3 Kcm. Urin sättes det samme Rumfang Äter og derpå 4 til 6 Dråber Jodtinktur (sol. jodi spirituosa Ph. Dan.); efter Rystning fås 2 Lag: överst den röde Jodäter, nederst Urinen; indeholder denne Galdefarvestof, bliver den gräsgrön; i modsat Fald forandres Farven ikke kendeligt. Pröven, der ligesom de andre i Praxis anvendte Reaktioner på Galdefarvestof beror på en Iltning af Bilirubin til Biliverdin, roses af Forf. som mere fintmärkende, hurtigere og lettere at udföre; den kan foretages så vel med sur og nevtral som med svagt alkalisk Urin og lykkes også, når der er Bundfald; ved energisk Rystning dannes i så Tilfälde 3 Lag: det överste er Jodäter, det nederste klar Urin, medens der mellem disse findes en gullig, geléagtig Masse, der skal bestå af en Jodäteremulsion + det opslemmede Bundfald. Forf.

har fundet, at Jodäter, der rystes sammen med en lige Mängde Vand, danner en Emulsion, hvad der dog indträder vanskeligt, når der tilsättes Kogsalt; af den Lethed, hvormed Emulsionen indträder, skulde man derfor kunne slutte, om Urinen indeholder en sparsom eller en normal Mängde NaCl.

H. Jacobäus.

Speciel patologi och terapi: EINAR BRÜNNICHE: Om apoplektiformt indträdende Blindhed samt om Själeblindhed. — E. FRÆNKEL: Nyere kritiske Undersögelser af Suggestionslären og Suggestionsfänomenerne. En Oversigt. — KNUD PONTOPPIDAN: Retrograd Amnesi efter Suspension. — KARL PETRÉN: Några fall af astasi albasi. — S. E. HENSCHEN: Akut disseminerad ryggmärgsskleros med nevrit efter difteri hos ett barn. — H. JACOBÄUS: Bidrag til Lären om tuberkulös meningitis spinalis og akut leucomyelitis. — C. BEHNCKE: Et Tilfälde af cerebrospinalmeningitis med usädvanligt häftige Initialsymptomer. (Helbredelse). — HUGO HOLSTI: Om nevrasteni och dess yttringar och orsaker. — BARTSCH: Nogle Iagttagelser fra en Mäslingeepidemi i Norderöernes Lägedistrikt på Färöerne. — ERIK FABER: Scarlatina som Årsag til Difteribacillens Forsvinden i Svälget. — ISAGER: Om Lungetuberkulosens Smitsomhed. — KRACK: Om Muskelrevmatisme. — J. W. RUNEBERG: Om den diagnostiska betydelsen af äggvitehalten i patologiska trans- og exsudat. — H. KÖSTER: Om primär dermatomyositis acuta et chronica. — M. BRUHN-FÅHRÆUS: Två Fall af botriocephalusanemi. — R. SIEVERS och T. W. TALLQVIST: Cercomonas hominis och trichomonas intestinalis vid svårt diarré. — ALBERT DE LA CHAPELLE: Tvänne fall af balantidium coli hos människa. — H. KRABBE: Forekomsten af Bändelorme hos Mennesket i Danmark. Beretning om 100 nye Tilfälde. — JARL HAGELSTAM: Ett fall af akromegali. — C. REISZ: Professor STADFELDTS sidste Sygdom.

EINAR BRÜNNICHE: **Om apoplektiformt indträdende Blindhed samt om Själeblindhed.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 1217.

En 56-årig gift Mand, som i 1894 havde et apoplektisk Insult med venstresidig Paralyse, hvorefter endnu findes en Hemiparese, fik en Dag i Juni 1896 Träkninger i Ansigtet og höjre Hånd; han kunde ikke forklare sig, var om Natten meget urolig og uklar og viste sig den näste Morgen at väre blind. Dette vedvarede, til han et Par Dage efter döde. Sektionen viste en gammel Blödning i capsula lentis int. dextra og en frisk Blödning i Okcipitallappens bageste Spids ud mod den ydre Overflade på venstre Side.

Skönt der ikke er oplyst noget sikkert om en tilstedevärende Hemianopsi, idet det kun angives, at Pat:s Syn har väret svagere på venstre end på höjre Öje i de sidste År, går Forf. ud fra, at en sådan har foreligget, og at Blindheden skyldes en dobbelt Hemianopsi, forårsaget ved de to Blödninger, som ere opståede med et Par Års Mellemrum. At den venstresidige Hemianopsi ikke er observeret af Pat., kan man ikke lägge nogen Vägt på, da dette nästen er Regelen. Forf. tilföjer en kort Skildring af Synsbanernes anatomiske Forhold i Sammenligning med de kliniske Iagttagelser.

Hos to andre Patienter, som fremböd det samme Billede af Blindhed på Grund af dobbelt Hemianopsi, fandtes desuden en »Svigten af Orienteringsävnen, beroende på Mangel af topografiske Forestillinger», og Forf. giver i Anledning heraf en Fremstilling af »Själeblindheden», idet han särligt omtaler denne hos blinde og endelig berörer Tabet af den topografiske Orienteringsävne.

P. D. Koch.

E. FRAENKEL: **Nyere kritiske Undersögelser af Suggestionslären og Suggestionsfänomenerne. En Oversigt.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 7, S. 553.

Iblandt de af Forf. omtalte Arbejder dväles särligt ved sådanne af WUNDT, SCHRENCK-NOTZING og BINSWANGER. I Tilslutning til disse udtaler han sig med Anerkendelse af, hvad der er vundet for Videnskaben og Terapien ved de talrige Undersögelser og Forsög fra de senere År, i det hele ret reserveret med Hensyn til den egentlige hypnotiske Behandling. »Også på de funktionelle Nevrosers Område vil det i de fleste Tilfälde väre overflödigt at anvende Suggestion under Hypnose; Suggestion i vågen Tilstand, almindelig psykisk Behandling vil kunne udrette det samme. Men kan man i enkelte Tilfälde ikke komme nogen Vej på denne Måde, så er det jo godt at have endnu et Middel at forsöge, der mange Gange synes at have bestået sin Pröve.» *P. D. Koch.*

KNUD PONTOPPIDAN: **Retrograd Amnesi efter Suspension.** Hospitals-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 1193.

En 65-årig Mand foretog Hängningsforsög, blev skåren ned to Minutter efter, lå i 24 Timer uden Bevidsthed; derefter i 12 Timer en Periode af Uro og Agitation, som efter en Nats Sövn gik over til normal Tilstand. Kun var han ikke i Stand til at huske det mindste af, hvad der var foregået i Tiden närmest forud for hans Bevidstlöshed, og ved intet om, at han var stået op om Morgenen og havde forsögt at hänge sig. Efter at han var skåren ned, holdt der sig endnu et helt Dögn en udtalt Cyanose af hele Hovedet over Strangulationslinjen.

Forf. udtaler som sin Anskuelse om Årsagen til Amnesien, at denne i Regelen beror på rent mekaniske Forhold, om end nogle Tilfälde i Overensstemmelse med MÖBIUS's Forklaring kunne väre at opfatte som travmatisk Hysteri.

I Tilslutning til dette Tilfälde meddeles et andet, hvor der hos en 54 årig Mand optrådte retrograd *Amnesi som Fölge af et trauma capitis* (fractura cranii), og der mindes om Amnesiens Opträden ved *det epileptiske Anfald*, ved *Forgiftninger*, *akute Infektionssygdomme* og ved *Hysterien*.

Som Komplikation til Strangulationen optrådte hos den först omtalte Patient en partiel Paralyse af n. accessorius samt Grene af pl. cervicalis, og i denne Anledning meddeles et Tilfälde, hvor der hos en 61-årig Mand som Fölge af Strangulation optrådte en Paralyse af n. axillaris. *P. D. Koch.*

KARL PETRÉN: **Några fall af astasi-abasi.** Hygiea 1896, II, s. 515.

Förf. meddelar 4 fall af astasi-abasi, af hvilka 2 tillhörde den korealiknande formen, 1 tillhörde den paralytiska och 1 den trepidanta formen.

I en efterskrift omnämnes i korthet ett femte fall, som handlade om en 33-årig kvinna med hysteriska stigmata, men abasiens sjukdomsbild var ej ren, då en viss grad af pares fans i vänstra benet och någon ataxi vid benens rörelser äfven i liggande ställning kunde iakttagas. *Edgren.*

S. E. HENSCHEN: **Akut disseminerad ryggmärgsskleros med nevrit efter difteri hos ett barn.** Med 1 tafla och 1 zinkotypi. Nord. med. arkiv, 1896, n:r 22.

Se comptes-rendus. Nord. med. arkiv, 1896, n:r 26, s. 1.

H. JACOBÄUS: **Bidrag til Läeren om tuberkulös meningitis spinalis og akut leucomyelitis.** Med 1 Tavle. Nord. med. Arkiv, 1896, N:r 27.

Se comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, 1896, N:r 31, 'S. 1.

C. BEHNCKE: **Et Tilfälde af cerebrospinalmeningitis med usädvanligt häftige Initialsymptomer (Helbredelse).** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 1181.

Tilfäldet, som optrådte pludseligt hos en ung Pige (17 År gl.) med Bevidstlöshed, Feber, Delirier, Uro, Hyperästesi, Nakkestivhed, forbigående Glykosuri o. s. v. og endte med Helbredelse, meddeles som Vidnesbyrd om den gamle Kendsgerning, at Diagnosen af et häftigt begyndende Sygdomstilfälde ikke altid er ganske let.

P. D. Koch.

HUGO HOLSTI: **Om nevrasteni och dess yttringar och orsaker.** Finska läkaresällsk. handl. 1896, bd 38, s. 861.

Afhandlingen utgör förf:s föredrag vid första nordiska kongressen för invärtes medecin i Göteborg i augusti 1896. Efter en inledande betraktelse öfver nevrastenins förhållande till nervositeten, hysterin och hypokondrin anställer förf. en undersökning om den sammas förekomst i Finland och uppställer som resultat följande:

1) att nevrastenin förekommer utbredd öfver hela landet, måhända något mindre i dess norra delar, allmännare i städerna, men äfven i landsorten icke sällsynt;

2) att den förekommer inom alla samhällsklasser och synes vara oberoende af ekonomiska förhållanden;

3) att den oftare förekommer hos kvinnor än hos män;

4) att den är sällsynt inom den egentliga barnaåldern, oftast tager sin början inom åldern 15 till 20 år, hvarefter frekvensen åter aftager;

5) att nevrasteni under de senare åren sannolikt tilltagit i frekvens, åtminstone i landets större städer.

Förf. redogör härefter för yttringarna af nevrasteni samt för orsakerna till den samma, såväl predisponerande som tillfälliga. Bland dessa sist nämnda tager han särskildt till tals intellektuel öfveransträngning, deprimerande sinnesaffekter, trauma, onani, akuta infektionssjukdomar och främst bland dessa influenza, affektioner af genitalorganen, sexuela excesser, öfverdrifvet tungt kroppsarbete, intoxikationer, särskildt af alkohol och kaffe. Beträffande närmare detaljer hänvisas till det bekanta föredraget, enär de icke kunna beröras i ett kort referat.

R. Sievers.

BARTSCH: **Nogle Iagttagelser fra en Mäslingeepidemi i Norderöernes Lägedistrikt på Färöerne.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 1129.

Forf. har haft Lejlighed til at iagttage en Mäslingeepidemi i et Distrikt, som i 50, til Dels endog i 100 År havde väret forskånet for Mäslinger. Omtrent 1000 Sygdomstilfälde optrådte; Smitteoverförelse ved tredje Mand (sund Person) blev aldrig konstateret; kun i ét Tilfälde kunde det med Sikkerhed vides, at Pat. havde haft Mäslinger tidligere. Sygdommen importeredes ved en Tjänestepige, som på Hjemrejsen havde opholdt sig et Par Timer i smittet Hus, og som 12te Dagen efter Smitten besögte 13 forskellige Hjem, som alle blev foci for Sygdommen; kun 9 af 1000 döde; af de döde vare de fleste over 70 År. Inkubationsstadiet var mellem 10 og 12 Dage i det overvejende Antal Tilfälde, i hvilke Smittedatoen nöjagtig kunde påvises. Derimod synes Initialstadiet indtil Exantemets Frembrud at väre noget langvarigere for Alderen over 20 År end for de yngre Aldersklasser. Hos voxne vare Komplikationer, navnlig Pnevmoni og Cerebrallidelser, hyppigere end hos Börn; også Initialstadiet var hos voxne både svärere og langvarigere, ofte varende nästen en Uge.

Den stärkeste Smitteävne synes Sygdommen at have i de 2 sidste Dage af Initialstadiet og de 2 förste Dage af Eruptionsstadiet; når Exantemet er svundet og Afskalning endt, plejer Sygdommen ikke at smitte; dog har Forf. observeret Smitte fra en Mand 23 Dage, efter at han var bleven rask. Også nyfödte Börn angrebes af Sygdommen; i ét Tilfälde iagttoges en Födsel, medens Moderen led af morbilli; Barnet kom til Verden med conjunctivitis, Hoste, Snue og fik Morbilliexantem, Feber o. s. v. 3 Dage efter Födslen. 6 Tilfälde af akut Forvirring iagttoges under Sygdommen; de 3 endte med Döden, de andre helbrededes fuldständig.

F. Levison.

ERIK FABER: **Scarlatina som Årsag til Difteribacillens Forsvinden i Svälget.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 1083.

Medens Difteribacillerne ved almindelig Rekonvalescens synes at forringes i Tal nogenlunde gradvis, har Forf. i flere Tilfälde iagttaget, at de meget pludselig forsvinde, når Pat. angribes af en anden Infektionssygdom, f. Ex. scarlatina. Han meddeler 3 Sygehistorier, der vise dette Forhold.

Hos Rekonvalescenter efter Skarlagensfeber har Forf. ofte fundet Difteribaciller i Svälget, uden at dette dog altid har fört til Komplika-

tion med Difteri. Der er altså ingen Antagonisme mellem de to Infektioner; men måske kunne nogle af de Mikrober, som findes ved den skarlatinöse angina, särlig Streptokokkerne, stå i et sådant antagonistisk Forhold til Difteribacillerne; dette bestyrkes ved andre Forfatteres Iagttagelser (MUSSY, HELLSTRÖM, FIBIGER).

F. Levison.

ISAGER: **Om Lungetuberkulosens Smitsomhed.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 1225.

Forf. refererer et Par små Landsbyendemier af Lungeftise. I den förste af dem begyndte Räkken af Tilfälde med et 13-årigt Fattighusbarn, der döde af Lungetuberkulose; hans Legekammerat får dernäst Smitten og dör et halvt År senere efter at have overfört Sygdommen til en Nabokone og en Broder. Denne bliver atter Smittekilde ved at omgås med Byens Skrädder og Smed og inficere disses Boliger.

Den anden Räkke Tilfälde hidrörte fra en Tjänestedreng, som fra sin Tjäneste kom syg hjem til sin tidligere ganske sunde Familje; efter at have opholdt sig 3 År hjemme döde han af Lungeftise efter at have smittet 2 Brödre, en Nabo og dennes 3 Börn.

En tredje Räkke synes navnlig at väre knyttet til en inficeret Bolig, i hvilken Manden lider af kronisk Lungeftise; hans 3 förste Hustruer ere döde af samme Sygdom, ligesom hans Söster, der kom i Huset som Husbestyrerinde, og den 4de Hustru er angreben af Sygdommen. 7 Börn ere döde af tuberkulöse Affektioner, de tiloversblevne have, måske med Undtagelse af en, om hvem ikke haves pålidelige Oplysninger, alle lidt af Skrofulose eller Tuberkulose i forskellige Former.

F. Levison.

KRACK: **Om Muskelrevmatisme.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 1239.

Forf. har under sin Praxis som Massör jävnlig iagttaget, at den Lidelse, som almindelig beskrives under Navn af Muskelrevmatisme, jävnlig er ledsaget af palpable Forandringer i Musklen, som imidlertid ere så lidet fremträdende, at der hörer en särlig Övelse og Opmärksomhed til at opdage dem.

Som Fölgetilstande efter revmatiske Myositer nävnes Atrofi af Musklen, Nevralgier af forskellig Art o. s. v.

Forf. mener, at der kunde bestå en vis nexus mellem den af ham beskrevne Lidelse og arthritis eller Urinsyreudfäldning af Urinen og anförer som Stötte herfor en Del Sygehistorier. *F. Levison.*

J. W. RUNEBERG: **Om den diagnostiska betydelsen af ägghvitehalten i patologiska trans- och exsudat.** Finska läkaresällsk. handl. 1896, bd 38, s. 779.

Uti artikeln, som utgör förf:s föredrag vid 1:sta nordiska kongressen för invärtes medicin i Göteborg i augusti 1896, uppgifver förf. först orsakerna hvarföre undersökningen af ägghvitehalten i de serösa trans- och exsudaten i praktiskt diagnostiskt syfte hittils vunnit så liten utbredning. Förf. lemnar härefter en kort framställning af de syn-

punkter, från hvilka bedömandet af de serösa utgjutningarnas ägghvitehalt i diagnostiskt syfte böra betraktas, och uppehåller sig särskildt vid det faktum, att stastransudat stundom kunna förekomma med så hög ägghvitehalt, att de äfven vid tillbörligt beaktande af transudatets ålder samt tryck- och resorptionsförhållanden kunna imponera såsom inflammatoriska. Vid sådana fall har förf. funnit den PAYKULLska ättiksyrereaktionen vara af väsentlig diagnostisk betydelse. Förf. erinrar om, att det är de, på kombinerade orsaker beroende utgjutningarna, som framkallat den missuppfattning och missuppskattning i frågan, som man finner hos en del författare, särskildt hos en af CITRON gjord offentliggörelse från FÜRBRINGERs klinik, hvilken han underkastar en belysande kritik. Förf. angifver slutligen den enkla, lätt handterbara metod som han sedan många år användt vid sjukbädden för undersökningen af de serösa utgjutningarnas ägghvitehalt i diagnostiskt syfte.

R. Sievers.

H. KÖSTER: **Om primär dermatomyositis acuta et chronica.** Nord. med. arkiv, 1896, n:r 18.

Se comptes-rendus. Nord. med. arkiv, 1897, n:r 11.

M. BRUHN-FÅHRÆUS: **Två fall af botriocephalusanemi.** Hygiea 1896, II, s. 561.

Som bekant har man på olika håll, särskildt i Finland, ofta funnit höggradiga anemier i förening med botriocephalus latus. I Sverige, där denna intestinalmask är mycket vanlig, hafva ej förut offentliggjorts iakttagelser af botriocephalusanemi.

Förf:s båda fall äro iakttagna på Serafimerlasarettet och erbjödo båda bilden af en perniciös anemi. Det ena behandlades först med arsenik, hvarunder en afsevärd förbättring i blodets sammansättning vans; sedermera bortdrefvos 2 exemplar af botriocephalus latus och förbättringen fortskred vidare, och vid sista undersökningen 14 månader efter inkomsten på sjukhuset var blodet nästan normalt. Det andra fallet gick till hälsa utan användande vare sig af järn eller arsenik, endast med tillhjälp af extract. filicis maris.

Edgren.

R. SIEVERS och T. W. TALLQVIST: **Cercomonas hominis och trichomonas intestinalis vid svårt diarré.** (Från Maria sjukhus i Helsingfors.) Finska läkaresällsk. handl., 1896, bd 38. s. 932.

Förff. redogöra för ett fall af svårt diarré hos en 38-årig kvinna, i hvars uttömningar ofvan nämnda infusionsdjur anträffades. En betydlig förbättring inträdde efter behandling med chinin in- och utvärtes. Pat. erhöll 0,50 pulv. cort. chin. 6 ggr dagl. i keratinerade kapslar samt lavemang af 1,50 gm sulph. chin. på 1500 cm^3 ljumt vatten, försatt med litet utspädd svafvelsyra; detta lavemang gafs dagligen och föregicks af ett vattenlavemang och ett emsersaltlavemang: 15,00 gm emsersalt löst i 1500 cm^3 ljumt vatten. Förff. meddela afbildningar och beskrifningar öfver djuren; beträffande cercomonas hominis

stöda de sig härvid på EKEKRANTZs i detta arkiv tidigare offenttiggjorda arbete. Angående dessa mikroorganismers möjliga patogena betydelse yttra sig förff.: »Det är mycket möjligt, att i fråga varande parasiter normalt finnas uti öfre delen af människans tarmkanal, att de vid ett för handen varande diarré föras nedåt och i fritt tillstånd blifva tillgängliga för observation; väl dessutom sannolikt, att de i det rikliga tarmslem, som åtföljer en tarmaffektion, finna en lämplig närbotten, uti hvilken de kunna trifvas och fortplanta sig. Att deras närvaro i riklig mängd i en sjuk tarmkanal yttermera försämra tillståndet måste man väl antaga, likasom att en mot tarmkatarren riktad lämplig behandling i väsentlig grad inskränker vilkoren för deras existens.»

R. Sievers.

ALBERT DE LA CHAPELLE: **Tvänne fall af balantidium coli hos människa.** (Från Maria sjukhus i Helsingfors.) Finska läkaresällsk. handl. 1896, bd 38, s. 1041.

Innehåller utförliga sjukdomsbeskrifningar öfver tvänne fall af balantidium coli hos patienter, intagna å Maria sjukhus i Helsingfors, jämte uppgift om att i fråga varande parasit blifvit anträffad i Finland hos 9 personer. Fallen, af hvilka det ena gick till hälsa, det andra icke, behandlades med chinin invärtes i keratinerade piller och med chinin samtidigt i stora lavemang, föregångna af emsersaltlavemang. — Bägge patienterna hade sysslat med svinskötsel och bägge hyste dessutom i sin tarmkanal botriocephalus latus.

R. Sievers.

H. KRABBE: **Forekomsten af Bändelorme hos Mennesket i Danmark. Beretning om 100 nye Tilfälde.** Nord. med. Arkiv, 1896, N:r 19.

Se comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, 1896, N:r 21, S. 2.

JARL HAGELSTAM: **Ett fall af akromegali.** Finska läkaresällsk. handl. 1896, bd 38, s. 623.

Efter en kort inledning om akromegalins symptom redogör förf. för ett fall af denna sjukdom hos en 40-årig arbetarehustru från Öfvertorneå, vid 25 års ålder öfverflyttad till South-Dakota i Förenta Staterna. Beskrifningen åtföljes af en bild af den sjuke.

Förf. framhåller bland symptomen hos sin patient: en ensidig temporal hemianopsi, tydande på en förstoring af hypophysis cerebri; frånvaro af patellarreflexer; en betydlig atrofi af händernas — särskildt den vänstra handens — muskler; en tidigt uppträdande smärtsam svullnad i händer och fötter. Fallet behandlades utan resultat med thyreoidin.

R. Sievers.

C. REISZ: **Professor Stadfeldts sidste Sygdom.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 1205.

Prof. STADFELDT döde af en Hjärnelidelse, der ved Sektionen viste sig at bestå i en Emollition af cerebellum, i hvis höjre Halvdel

fandtes en langstrakt Hulhed, 3½ Cm. lang, halv så bred, näppe 1 Cm. höj, med flydende, rödbrunt Indhold, hvori gammelt, mörkt Blodfarvestof. I bägge Ender var Hulhedens Vägge glatte, beklädte med en tynd Membran, i Midten var Vävet opflosset, flotterende under Vand.

Årsagen til denne Emollitionsproces kan ikke söges i Karrene eller Hjärtet, der vare ganske sunde, men i et trauma, som Prof. STADFELDT nogle Måneder tidligere pådrog sig under en Järnbanekörsel; dette havde ikke efterladt noget ydre Spor.

F. Levison.

Kirurgi och oftalmiatrik: ALI KROGIUS: Tvänne med framgång opererade fall af otitisk sinustrombos med allmän pyemi. — LANGHOFF: Akut osteomyelitis i Overkäven. — ARCTANDER: Akut osteomyelitis i Overkäven. — G. FORCHHAMMAR: Trakeotomi og Fonetik. — JÖRGEN MÖLLER: Et Par Bemärkninger i Anledning af Dr. med. CHR. LANGGAARDS Artikel: Trakeotomi og Fonetik. — G. NAUMANN: Om peritonealtuberkulos. — M. W. AF SCHULTÉN: Bidrag till bukhålans kirurgi. III. Operationer af bukbråck, uppkomna efter laparotomi, samt af eventratio efter graviditet. — F. KAIJSER: Ett fall af appendicit i ett ingvinalbråck. — JENS SCHOU: Om Kystoskopi. — M. W. AF SCHULTÉN: En metod att genom en plastisk operation utfylla benhålor i femur. — J. RISSLER: Smärre kasuistiska meddelanden från Maria sjukhus i Stockholm. — SLOMANN: Et nyt Sterilisationsapparat.

ALI KROGIUS: **Tvänne med framgång opererade fall af otitisk sinustrombos med allmän pyemi.** (Från kirurgiska sjukhuset i Helsingfors.) Finska läkaresällsk. handl. 1896, bd 38, s. 1023.

Som titeln anger har förf. framgångsrikt opererat tvänne fall af varig otitisk trombos i sinus transversus. Det första fallet gälde en 55-årig man, som i flere års tid lidit af öronflytning. En intermitterande feber med mjältförstoring gjorde att till en början malaria misstänktes. Sedan sinus evakuerats och vena jugularis int. ligerats inträdde omedelbart temperaturfall och hälsa inom kort tid. — I det andra fallet, en 22-årig kvinna, inträdde, efter det sinus uttömts och vena jugularis int. ligerats, hälsa först sedan en metastas i armbågsleden inciderats.

I anslutning till dessa två fall diskuterar förf. sinustrombosens patogenes, symptomatologi och operativa behandling med dess prognos.

Hj. von Bonsdorff.

LANGHOFF: **Akut osteomyelitis i Overkäven.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 1158.

Meddeler i Anledning af SCHMIEGELOWs Arbejde over samme Ämne en Iagttagelse af akut osteomyelitis i Overkäven hos et 4 Måneder gammelt Barn, der döde af Sygdommen.

Schmiegelow.

ARCTANDER: **Akut osteomyelitis i Overkäven.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 1275.

Meddeler i Anledning af SCHMIEGELOWs Arbejde over samme Ämne en Iagttagelse af akut osteomyelitis i Overkäven hos et lille Barn. *Schmiegelow.*

G. FORCHHAMMER: **Trakeotomi og Fonetik.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 1230.

Bemärkninger i Anledning af LANGGAARDs og J. MÖLLERs Artikler om samme Ämne. *Schmiegelow.*

JÖRGEN MÖLLER: **Et Par Bemärkninger i Anledning af Dr. med. Chr. Langgaards Artikel: Trakeotomi og Fonetik.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 1134.

Titelen angiver Indholdet. *Schmiegelow.*

G. NAUMANN: **Om peritonealtuberkulos.** Nord. med. arkiv, 1896, n:r 24.

Se comptes-rendus. Nord. med. arkiv, 1896, n:r 26, s. 4.

M. W. AF SCHULTÉN: **Bidrag till bukhålans kirurgi. III. Operationer af bukbråck, uppkomna efter laparotomi, samt af eventratio efter graviditet.** Finska läkaresällsk. handl. 1896, bd 38, s. 991.

Uppsatsen inledes med en redogörelse för de olika slagen af bukbråck, de som utveckla sig i bukhålans midt i linea alba eller linea semicircularis Spigelii, de som uppträda i ärret efter en lesion af bukväggen, antingen denna är af travmatiskt — då vanligen operatift — ursprung eller uppstår på grund af en extraperitoneal abscess. Det tredje slaget är beroende af en diastas mellan musculi recti abd. efter graviditet (eventratio). Endast de två senare slagen af bukbråck behandlas i afhandlingen.

Efter att hafva framhållit nödvändigheten af att genom samforskning söka skapa sig en erfarenhet om det bästa sättet att suturera buksåret vid laparotomi redogöres för ett fall af kolossalt bråck, som utvecklat sig i ärret efter en laparo-ovariotomi, dels beroende af svaghet i ärret, dels på grund af en stor tumör från uterus och det andra ovariet. Sedan genom en myomotomi (CHROBAK) och ovariotomi tumören exstirperats, göres radikal operation af bråcket, så att peritonealränderna lösas från hvardera sidan och hopsys med blodig yta mot hvarandra, enligt förslag af GREIGH-SMITH, därpå förenas det frigjorda inre bladet af m. recti slida, därpå hvardera muskelranden, muskelslidans yttre blad och huden.

En annan form af bukbråck, efter laparotomi, där peritonealsuturen gett vika och bråcksäcken sålunda saknar peritonealbeklädnad, framhålles. Vid alla laparotomier hopsyr förf. buksåret, så att bukhinnan först förenas med katgut, därpå aponevrosen med samma material samt huden skildt med silke.

Vidare omnämnas tvänne fall af bukbråck, det ena uppkommet efter en incision af en periappendikulär abscess i bukväggen, det andra

efter exstirpation af appendix. I hvardera fallen utfördes radikaloperation.

Slutligen relateras operationen vid ett fall af eventration efter graviditet hos en gravida i 4:de månaden med godt resultat.

Hj. von Bonsdorff.

F. KAIJSER: **Ett fall af appendicit i ett ingvinalbråck.** Hygiea 1896, II, s. 557.

I sammanhang med ett efter operation lyckligt förlöpande fall omnämner förf. några af de differentialdiagnostiska skiljemärken, som FLEISCH uppstält emellan appendicit i en bråcksäck och inklämdt bråck, och genom hvilka en sannolikhetsdiagnos stundom blir möjlig. Vid appendicit äro smärtorna utbredda öfver hela buken och stråla ofta nedåt benen, bråcket sväller an hastigt, reposition är ofta möjlig åtminstone i början, hög feber och svåra allmänsymptom inträda täml. snart, kräkningar och förstoppning antingen felas eller också uppträda de relatift sent. Det omnämnda fallet företedde ingen feber och ingen rubbning af allmäntillståndet, smärtan var icke utbredd till buken, och kräkningar förefunnos redan i början. — Äfven om symptomen följaktligen lemna oafgjordt, hvilket som föreligger, betyder detta med hänsyn till behandlingen — som i bägge fallen bör vara operativ — föga eller intet.

J. Åkerman.

JENS SCHOU: **Om Kystoskopi.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 1057, 1081.

Forf. beskriver forskellige nye Instrumenter og Metoder, der anvendes ved Kystoskopien; efter at have meddelt de Måder, man tidligere har brugt for at kateterisere Uretererne, omtales NITZEs og KASPERs Ureterkystoskop, af hvilke Forf. anbefaler det sidste; hos Kvinder foreträkker han for Resten PAWLICKs Ureterkateter, som han indförer ved Hjälp af NITZEs Kystoskop. Kystoskopiens store Betydning ved Nyre- og Blärekirurgien beröres, og der meddeles Tilfälde, hvor det ved Hjälp af Kystoskopet lykkedes at diagnosticere små tumores samt inkapslede calculi.

Kr. Poulsen.

M. W. AF SCHULTÉN: **En metod att genom en plastisk operation utfylla benhålor i femur.** Finska läkaresällsk. handl. 1896, bd 38, s. 671.

Denna metod, som förf. användt att genom en eller tvänne muskelperiosteala lambåer fylla benhålor i lårbenets nedre del, har tidigare af förf. blifvit meddelad vid nordisk kirurgisk förenings 2:dra möte och finnes offentliggjord i Nord. med. arkiv, 1895, n:r 30, s. 69. I ofvan nämnda uppsats finnes dessutom en fullständig redogörelse för 13 enligt denna metod med godt resultat behandlade fall.

Hj. von Bonsdorff.

J. RISSLER: **Smärre kasuistiska meddelanden från Maria sjukhus i Stockholm.** Hygiea 1896, II, s. 659.

1) *Utvidgning af colon transversum som orsak till ileus. Laparotomi. Hälsa.*

Den säcklika utvidgningen uppfattas såsom kongenital; den hade redan en gång förut gifvit anledning till ileusliknande symptom, hvilka kräft laparotomi. Utvidgningen rymde mer än 10 liter och fixerade den omvridna flex. sigmoidea mot benkanten vid introitus pelvis. Säcken punkterades för att aflägsna de utspännande gaserna samt en del af innehållet och därpå möjliggöra en orientering inom bukhålan.

2) *Några fall af prostatahypertrofi, behandlade med kastration eller resektion af vas deferens.*

I 3 fall af kastration lindrades urinbesvären; i ett inträdde ingen förändring.

Prostatas volum aftog i 2 fall, och sondering gick lättare i ett tredje. Det fjärde fallet företedde ingen förändring af prostatas storlek.

Efekten af vas deferens-resektionen visade sig däri, att urineringsförmågan återkom. De psykiska funktionerna och allmänna kroppstillståndet försämrades icke efter de gjorda ingreppen.

J. Åkerman.

SLOMANN: **Et nyt Sterilisationsapparat.** Hospitals-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 1077.

Beskrivelse og Afbildning af et Sterilisationsapparat, der virker ved strömmende Vanddamp, og ved hvilket Eftertörringen foregår på betryggende Måde i Löbet af et Kvarters Tid.

Kr. Poulsen.

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: C. MALLING: Et Hjälpemiddel ved Behandlingen af den kroniske Gonorré. — C. RASCH: Om Forholdet mellem Hudsygdomme og den artritiske Diatese. — ÖRBÄK: Et Tilfälde af melanosis arsenicalis.

C. MALLING: **Et Hjälpemiddel ved Behandlingen af den kroniske Gonorré.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 1203.

Forf. anbefaler som noget nyt (!) Middel Massage af Urinröret og beskriver Fremgangsmåden herved.

R. Bergh.

C. RASCH: **Om Forholdet mellem Hudsygdomme og den artritiske Diatese.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 1147, 1169.

Forf. opträder imod Wienerskolens Undervurdering af de konstitutionelle Forhold og Diateserne ved Hudlidelser og hävder särligt den artritiske Diateses Betydning for Udvikling af Hudsygdomme. Han indleder sit Arbejde med historiske Betragtninger og hävder isär Rigtigheden af LORRYs og RAYERs Anskuelser, medens han på den anden Side har åbent Öje for Overdrivelserne hos BAZIN med hans Artritisme og Herpetisme, som han så närmere karakteriserer, da den danner Grundlaget i den nyere franske Dermatologi. Han diskuterer så det store ätiologiske Begreb Artritisme og den egentlige Artritismes endogene Oprindelse (ved Avtoinfektion) i Modsätning til den revmatiske Diateses exogene Herkomst og i Modsätning til Nervosismen. Artritismen kommer i Fölge Forfatteren til at omfatte den artritiske (uriske), den revmatiske og den nervöse Diatese. Han afhandler så närmere den uriske Diatese, dens Diagnose, dens Symptomatologi med Ytringer i Centralnervesystemet, i Respirationsorganerne, i Digestionsorganerne og i Sanseorganerne, fremdeles de dermed i Forbindelse stående Öre- og Karsygdomme, ligesom sådanne Individers generelle Konstitution, deres Idiosynkrasi mod Alkohol, Tobak m. m. og deres relative Immunitet mod Tuberkulose.

Forf. går derefter närmere ind på den uriske Diateses Forhold til Hudsygdomme, särligt da til Ekzemet, psoriasis, pruritus, urticaria og recidiverende herpes. Hvad *Ekzemet* angår, da renser han denne Kategori for adskillige fremmedartede Bestanddele, omtaler GARRODs og BOUCHARDs Angivelser om Hyppigheden af denne Lidelse ved arthritis. Forf. selv har set artritisk Disposition hos 18 af 45 Ekzematikere; han udhäver den forekommende Vexel af Ekzem og nervös asthma og akcentuerer Betydningen af en velordnet Diät, fordömmer ganske särligt Brugen af Porter. Med Hensyn til *psoriasis* ere Anskuelserne jo meget forskellige; Forf. har imellem 29 Tilfälde fra Privatpraxis fundet 14 med artritisk Disposition; mellem 67 i Kommunehospitalet iagttagne Tilfälde så han arthritis hos 4½ %, kronisk Alkoholisme hos 24, revmatisk Diatese i 18 %, nervös i 15 %; psoriasis i närmeste Fa-

milje kun hos 9. Psoriasis er ligesom arthritis själden i de varme Himmelegne, hyppig hos Jöderne, själden hos Negerne. De forskellige Former af diatetisk *pruritus* ere hyppige hos Artritikere: Forf. så sådanne hos 3 af 5 Patienter. Også *urticaria* har jävnligt en urisk Baggrund, således her hos 6 af 9 Individer, i lige Måde Dermatografismen og de efemere Ödemer. Artritisk disponerede Individer vise endelig särligt hyppigt *recidiverende herpes i Munden og på Genitalierne.* Lupus erythematosus er måske et Hybrid af Tuberkulose og arthritis.

R. Bergh.

ÖRBÄK: **Et Tilfälde af melanosis arsenicalis.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 1116.

I Tilslutning til Dr. NIELSENs Artikel refererer Forf. et lignende på Johannes-Stiftelsen i Köbenhavn forekommet Tilfälde af Arsenikpigmentation, opstået efter langvarig Brug af et fransk Arkanum (Pillules de Gédineau) mod Epilepsi.

R. Bergh.

Obstetrik och gynekologi: C. STUDSGAARD: Om extrauterin Graviditet. — T. FORSSTRÖM: Upprepadt tubarhafvandeskap hos samma kvinna. — OTTO ENGSTRÖM: Uterint hafvandeskap efter förutgången tubargraviditet. — INGOLF LÖNNBERG och CARL H. MANNHEIMER: Om de i anslutning till en graviditet uppkomna maligna, s. k. serotinala uterustumörerna. — W. KARSTRÖM och ARTUR VESTBERG: Om det s. k. deciduoma malignum med 2 nya fall. — G. HEINRICIUS: Om indikation för myomotomi. — EMIL MÜLLER: Supravaginal Hysterektomi ved Fibromyomer i uterus. — ELIS ESSEN MÖLLER: Idiopatisk hypertrofi af portio vaginalis uteri. — OTTO ENGSTRÖM: Tarmparalysi efter operativa ingrepp i bukhålan. — G. HEINRICIUS: En tredje serie af 100 laparotomier. — CARL OTTO: Et Studieophold ved Kvindeklinikken i Dresden. Efteråret 1895.

C. STUDSGAARD: **Om extrauterin Graviditet.** Med 4 Träsnit. Nord. med. Arkiv, 1896, N:r 17.

Se comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, 1896, N:r 21, S. 1.

T. FORSSTRÖM: **Upprepadt tubarhafvandeskap hos samma kvinna.** Finska läkaresällsk. handl. 1896, s. 738.

Förf. citerar nitton sådana fall, iakttagna och beskrifna af andra författare, samt redogör sedan för ett fall, iakttaget af honom på d:r ENGSTRÖMs sjukhus. I detta fall befans vid operationen högra tuban rupturerad, blodkoagler i buken, och vid senare undersökning konstaterades, att tuban varit säte för ett extrauterint hafvandeskap af sent datum. Den vänstra tuban var adherent, förtjockad och förstorad samt innehöll skelettdelar af ett foster.

Törngren.

OTTO ENGSTRÖM: **Uterint hafvandeskap efter förutgången tubargraviditet.** Finska läkaresällsk. handl. 1896, s. 1006.

Förf. anför två fall af uterint hafvandeskap efter föregången operation för tubarhafvandeskap. Omkring ett och ett halft år efter operationen inträffade hos hvardera graviditet.

Törngren.

INGOLF LÖNNBERG och CARL H. MANNHEIMER: **Om de i anslutning till en graviditet uppkomna maligna, s. k. serotinala uterustumörerna.** Med 1 tafla och 1 zinkotypi. Nord. med. arkiv, 1896, n:r 28.

Se comptes-rendus. Nord. med. arkiv, 1896, n:r 31, s. 2.

W. KARSTRÖM och ARTUR VESTBERG: **Om det s. k. deciduoma malignum med 2 nya fall.** Hygiea 1896, II, s. 613 (med 1 tafla).

Uppsatsen innehåller jämte kortfattad klinisk och patologisk öfversikt redogörelse för 2 egna fall, med framgång opererade af d:r KARSTRÖM på Vexiö lasarett, samt epikritiska anmärkningar beträffande patologien.

Fall 1. Hustru, 32 år. *Drufbörd* i okt. 1895. 1 månad senare brungrå flytning från vagina; tilltagande matthet; frossbrytningar, perimetrit i dec.; blödning och brungrå flytning från underlifvet, kakexi. Cystisk degeneration af ena ovariet; ovariotomi d. $^{11}/_{4}$ 96. Corp. uteri stor som i 2:dra till 3:dje graviditetsmånaden. D. $^{20}/_{4}$ feber, afgång af var och svulstbitar från uterus. D. $^{27}/_{4}$ totalexstirpation af uterus per vaginam. Hälsa ännu i nov. 96. — Skör, sönderklyftad, grågul svulstmassa, fyllande största delen af cavum uteri och utgången från bakre väggen upp emot fundus. Mikroskopiskt: *deciduoma malignum:* nästan rent syncytium i förgrenadt balkverk, ringa cellhärdar.

Fall 2. Hustru, 36 år. *Abort* i april 1895. Fortfarande blödning; anemi, afmagring, kraftlöshet, slutligen sängliggande. Uterus 6 månader efter aborten förstorad af intrauterin tumör. Totalexstirpation per vaginam d. $^{23}/_{10}$. Hälsa ännu 1 år efter operationen. — Lös, sönderklyftad tumör, utgående med bred bas från fundus uteri. Mikroskopiskt: *deciduoma malignum:* alveolära och strängformiga cellhärdar utan mellansubstans, uppdelade och beklädda af syncytium.

Vestberg.

G. HEINRICIUS: **Om indikation för myomotomi.** Finska läkaresällsk. handl. 1896, s. 1014.

Förf. anser indikationerna för laparomyomotomi utgöras »af tumörens hastiga tillväxt, dess "marche galopante", svåra på annat sätt icke stillbara, utmattande, stark anemi verkande blödningar, ascites, framkallad genom irritation af tumören, kompression af de i bäckenet eller bukhålan befintliga organer, tumörens betydliga, patientens välbefinnande störande eller arbetsförmåga inskränkande storlek, dess uppvisbara degeneration i en eller annan riktning, grossess, då tumören anses komma att framkalla svåra förlossningshinder, af tumören verkade smärtor, hvilka åstadkomma upphäfvande eller inskränkning af arbetsförmågan.» »Där-

till komma sådana fall, där patienterna, utan att erfara egentliga olägenheter af sin tumör eller svulster, själfva fordra operation.» Dock anser förf., att den sjukas sociala ställning modifierar i någon mon dessa indikationer. *Törngren.*

EMIL MÜLLER: **Supravaginal Hysterektomi ved Fibromyomer i uterus.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 1097, 1121.

Efter en Oversigt over den supravaginale Hysterektomis historiske Udvikling meddeler Forf. udförligt 10 af ham selv foretagne Operationer. Den Operationsmetode, han fölger, er närmest lig den af SCHRÖDER angivne. I et Tilfälde (Nr 7) var han nödt til at fixere Stumpen extraperitonäalt, og Tilfäldet forlöb godt. I alle de andre Tilfälde behandledes Stumpen intraperitonäalt. I to Tilfälde indtrådte Död, i det ene Tilfälde på Grund af sekundär Hjärteparalyse (Kloroform), i det andet Tilfälde på Grund af sepsis; dog mener Forf., at denne ikke skyldtes Stumpbehandlingen, men derimod en i dette Tilfälde uheldig Fremgangsmåde ved Operationen.

F. Nyrop.

ELIS ESSEN MÖLLER: **Idiopatisk hypertrofi af portio vaginalis uteri.** Finska läkaresällsk. handl. 1896, s. 700.

Förf. meddelar ett af honom själf iakttaget fall jämte fyra andra observerade på d:r ENGSTRÖMs sjukhus. Förf. anser, att måhända det första fallet kan betraktas såsom en idiopatisk hypertrofi, de öfriga vore mindre rena.

Törngren.

OTTO ENGSTRÖM: **Tarmparalysi efter operativa ingrepp i bukhålan.** Finska läkaresällsk. handl. 1896, s. 905.

Förf. anför fyra fall, där död inträffat efter laparotomi, och anser tarmparalysi varit orsak därtill. I första fallet dog patienten 10 dagar efter operationen utan att hafva haft feber men väl uppkastningar, på slutet fekala, meteorism, påskyndad puls. En andra laparotomi dagen före döden. Ingen obduktion. — I det andra fallet dog patienten två dagar efter operationen, utan att hafva haft feber, men väl uppdrifning af buken, tät puls, kräkningar; vid obduktionen fans inga spår af peritonit eller sepsis. — I tredje fallet inträffade döden sju dagar efter operationen, utan föregående feber men med meteorism, uppkastningar. Vid obduktionen befunnos två tunntarmslingor adherenta till hvarandra, i uterinväggen små, miliära abscesser nära såret efter myotomi. — I fjärde fallet inträffade döden sex dagar efter operation, första dagarna efter operationen meteorism, uppkastningar med fekallukt, pulsen tät. Dagen före döden steg temperaturen till 38,6. Någon timme före döden företages en andra laparotomi, hvarvid tunntarmarna befinnas injicierade, och något uppdrifna, och en slinga lätt adherent till buksåret. En timme efter döden öppnades buksåret å nyo och uttogos prof för bakteriologisk undersökning, hvilken gaf negatift resultat; vid obduktionen kunde ingen peritonit uppvisas.

Törngren.

G. HEINRICIUS: **En tredje serie af 100 laparotomier.** Finska läkaresällsk. handl. 1896, s. 591.

Myomotomier: 29, hvaraf 18 med retroperitoneal behandling enl. CHROBAK med 2 dödsfall i sepsis; 5 enukleationer, vid en fans samtidigt graviditet; 5 myomektomier vid subseröst myom och 1 med retroperitoneal behandling af stumpen efter underbindning för häftig blödning.

Totalexstirpationer af uterus: 2, ett dödsfall i peritonit.

Ovariotomier: 37, ett dödsfall i ileus, ett dödsfall i recidiv efter cancer sex veckor efter operationen.

Parovariotomier: 3.

Partiel exstirpation af dermoidcysta: 1 död i sepsis tre veckor efter operationen.

Ovario-salpingektomier: 15, hæmatosalpinx 6 fall.

Ventrofixationer: 14, 11 för prolaps, 3 för retroflexion.

Totalexstirpation af pancreascysta: 1.

Törngren.

CARL OTTO: **Et Studieophold ved Kvindeklinikken i Dresden. Efteråret 1895.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 7, S. 497.

F. Nyrop.

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi: S. A. PFANNENSTIL: Terapevtiskt vademecum i invärtes- och hudsjukdomar. — H. ALLARD: Fosfor såsom abortivum i Sverige och i utlandet. — SVEN HOLMGREN: Om medikamentösa kvicksilfverintoxikationer med letal utgång. — OSSIAN SCHAUMAN och EMIL ROSENQVIST: Till frågan om höjdklimatets inverkan på blodets sammansättning. — N. R. FINSEN: Om Anvendelse i Medicinen af koncentrerede kemiske Lysstråler.

S. A. PFANNENSTIL: **Terapevtiskt vademecum i invärtes- och hudsjukdomar.** Stockholm, W. Bille's förlag, 1896, 240 s. 12:o.

Föreliggande arbete meddelar i möjligast sammanträngd form terapien vid invärtes och hudsjukdomar. Sjukdomarna anföras i bokstafsordning, och för hvar och en nämnas de vanligaste terapevtiska ingreppen och behandlingsmetoderna vid sjukdomens olika stadier. Sist följer ett antal, vid den i fråga varande åkomman användbara recept. Förf. anger i sitt företal, att hans afsikt med arbetet varit »att för läkaren i någon mon underlätta början af den praktiska verksamheten». I »bihang» upptagas dietföreskrifter vid diabetes mellitus, dilatatio ventriculi, kronisk gastrit och gastroenterit, cancer ventriculi samt vid gödningskur och vid obesitas; vidare recept på närande lavemang; föreskrifter om behandling af de viktigaste akuta förgiftningar (efter EDGREN-JOLIN) med recept; maximaldoser för vuxna och minderåriga; läkemedel, brukliga till subkutana injektioner och inhalationer (med doser);

uppskattning af doser; kroppslängd och kroppsvikt hos fullvuxna och barn; tandsprickningstiderna; inkubationstider; termometer-reduktionstal o. s. v.

C. G. Santesson.

H. ALLARD: **Fosfor såsom abortivum i Sverige och i utlandet.** (Från medicinska kliniken i Upsala.) Upsala läkareför. förhandl., ny följd, bd 2, s. 25—46, med en grafisk tabell.

Genom en jämförelse mellan uppgifterna från utlandet och från Sverige öfver frekvensen af akuta fosforförgiftningar kommer förf. till den slutsatsen, att vi uti det stora antalet dylika fall bland gravida kvinnor i vårt land ha att se en i kulturstaterna enastående företeelse. För att närmare belysa detta förhållande undersöker förf. först den frågan, huruvida fosfor verkligen är ett abortivum, d. v. s. om det kan gifva abort med efterföljande hälsa. 11 fall (hvaraf 8 förut ej offentliggjorda) af fosterfördrifning genom fosfor med lycklig utgång meddelas. Samtliga dessa patienter voro visserligen mer eller mindre svårt förgiftade; men anledning finnes att antaga, att i talrika fall, som ej komma till läkares kännedom, den abortiva verkan af fosfor kan förlöpa utan svårare symptom. Å andra sidan meddelas ett fall af svår förgiftning *utan* åsyftad afgång af foster. I de flesta (alla?) fallen hade tändsatsen från fosfortändstickor intagits, ibland uti små, upprepade, småningom stegrade doser. Symptomen voro de vanliga och svåra komplikationer förekommo i flere fall. — Vidare har förf. gjort en statistisk sammanställning af material från in- och utlandet, utgående från den åskådningen, att, *om* fosfor inom ett land brukas i större utsträckning såsom fosterfördrifvande medel, så *måste* dödligheten bland kvinnorna ökas. Resultatet af undersökningen blef, att fosfor såsom medel till fosterfördrifning har stor användning i Sverige, ojämförligt mycket större än i andra länder; dess bruk är i tilltagande och sprider sig från landskap till landskap, alt efter som medlet blir kändt. Fallen af fosterfördrifning genom fosfor med dödlig utgång blifva sannolikt blott till ringa del kända såsom sådana; under senare åren har säkert detta missbruk inom vårt land kostat ett tusental unga kvinnors lif.

C. G. Santesson.

SVEN HOLMGREN: **Om medikamentösa kvicksilfverintoxikationer med letal utgång.** Hygiea 1896, II, s. 580.

Förf. meddelar 3 fall af kvicksilfverintoxikation.

Fall 1. Diagnos: lues inveterat. c. periostitid. gummosa oss. nas. 2 injektioner hvardera af 10 cgm acetothymol. hydrargyric. gjordes med en veckas mellanrum, efter den andra inträdde diarré, och patienten afled; vid obduktionen fans bland annat enterocolitis acuta diphtherica.

Fall 2. Diagnos: vit. organ. cordis. Under tre dagar gafs 20 × 3 cgm kalomel dagl.; diarré inträdde, och patienten afled; vid obduktionen fans bland annat colitis diphtherica.

Fall 3. Likaledes organiskt hjärtfel. Kalomel gafs, förut 10 × 3 cgm under tre dagar, då ingen effekt inträdde gafs längre fram 20 ×

3 cgm under tre dagar, hvaraf diuresen ökades; efter något öfver en månad upprepades kalomelbehandlingen 20 × 3 cgm kalomel dagligen under 3 dagar; diarré inträdde, och patienten afled; vid obduktionen fans i colons nedre partier små, ytliga substansförluster med gråhvita, fastsittande beläggningar och stark hyperemi i omgifningen.

Edgren.

OSSIAN SCHAUMAN och EMIL ROSENQVIST: **Till frågan om höjdklimatets inverkan på blodets sammansättning.** Finska läkaresällsk. handl. 1896, s. 340.

Uti ett »förutskickadt meddelande» redogöra förff. för djurförsök för utredande af frågan, huruvida GRAWITZs uppfattning voro riktig, att nämligen blodkroppsförökningen i höjdklimat måste anses beroende på en blodkoncentration i följd af höjdluftens torrhet. Förff:s försöksdjur — hvartill användes kaniner och hundar — höllos under en lufttätt slutande, dubbelt tubulerad glasklocka, i hvilken luftförtunning åstadkoms förmedels en vattenluftpump enligt BUNSEN-TOLLEUS. De röda blodkropparnas antal bestämdes med tillhjälp af THOMA-ZEISS' apparat och blodets hemoglobinhalt med FLEISCHLs hemometer. Förff. anse sig genom sina försök hafva gjort sannolikt, »att luftens torrhet icke spelar den framstående rol vid förökningen af blodkropparnas antal i höjdklimat, som GRAWITZ vill vindicera den samma». Förff. ansluta sig »till de forskare, hvilka söka hufvudorsaken till detta intressanta fenomen i bärgluftens syrerarifikation». Därjämte meddelar förff., att den egentliga förökningen af blodkropparna föregås af en förminskning såväl af de samma som äfven af hemoglobinhalten, att blodkropparnas förökning och förminskning sker långsammare än förut framhållits, att den förökning af de röda blodkropparna, som en vistelse i höjdluft medför, icke är relativ utan absolut.

Förff:s förutskickade meddelande ingår äfven i Centralblatt für innere Medicin, n:r 22 för 1896.

R. Sievers.

N. R. FINSEN: **Om Anvendelse i Medicinen af koncentrerede kemiske Lysstråler.** Köbenhavn 1896.

Forf. erindrer först om egne tidligere Arbejder om Lysets Virkninger og Anvendelsen af disse ved Behandlingen af Kopper, går dernäst over til en kort Omtale af de väsentligste i Literaturen foreliggende Undersögelser om Lysets Indvirkning på Mikroorganismer og de spredte og famlende Forsög på Anvendelse af Lysets Kraft i praktiske Öjemed. Derefter fölge Forf:s nye og originale Forsög:

For at koncentrere Lysvirkningen bruges der Linser; men da disse også samle Varmestrålerne og derved virke som Brändglas, er det nödvendigt at udelukke den varmeste Del af Spektret (särligt de ultraröde og röde Stråler); dette opnås ved at lade Strålerne fra Lyskilden passere gennem Samlelinser anbragte i Rör, der ere fyldte med en vandig Methylenblåtoplösning; som Lyskilde benyttes dels Sollys, der er langt det bedste, dels som Surrogat et kraftigt elektrisk Buelys. Med Apparater, konstruerede efter disse Principer, har Forf. foretaget

en Räkke Undersögelser, der yderligere have dokumenteret Lysets bakteriocide Kraft.

Vävene ere som bekendt permeable for Lysstråler; ved at lade koncentrerede Lysstråler påvirke fotografisk Albuminpapir dels gennem en normal, dels gennem en blodtom Örebrusk har Forf. vist, at det cirkulerende Blod danner en betydelig Hindring for de kemiske Lysstråler, og han har derfor til Brug i Praxis konstrueret en Del simple Apparater, hvorved der kan fremkaldes en i hvert Fald relativ Blodtomhed i overfladiske Väv.

Stöttende sig til Påvisningen af Lysets bakteriocide Kraft og dets Ävne til at tränge ind i Vävene, har Forf. behandlet en Del Patienter med lupus med koncentrerede Lysstråler. Behandlingen ledes på den Måde, at et enkelt lille Parti, af en Enöres til en Tokrones Störrelse, belyses i to Timer, derefter tages en närliggende Del og sukcessivt hele det lupöst angrebne Område under Behandling. Der fremkommer som Udtryk for de kemiske Strålers almindelige Virkning altid nogen Rödme på det behandlede Sted, stundom nogen Udsivning af Vädske eller Dannelse af små vädskefyldte Blärer; en enkelt Gang er set Nekrose med et to til tre Mm. dybt Substanstab; her drejede det sig dog om en ren Forbränding. Et tilsträkkeligt behandlet Parti bliver mindre rödt og fladere og kommer i Tidens Löb mere og mere til at ligne almindelig normal Hud.

I Betragtning af de få Tilfälde og navnlig den korte Observationstid forbeholder Forf. sig sin endelige Dom, men mener dog at have Lov til at näre gode Forhåbninger. Han bemärker, hvad der utvivlsomt er rigtigt, at, skönt Metoden kun er prövet på ellere Patienter, er den forsögt mange Gange på hver enkelt af disse; i Virkeligheden foreligger der således et ret betydeligt Materiale, der er skarpt observeret og tjänligt til at man kan danne sig et Skön om Metodens Värdi.

I nogle afsluttende Bemärkninger berörer Forf. dels den Vej, man formentlig må gå for at få stärkere kemiske Lysstråler at arbejde med, dels de Spörgsmål med Hensyn til Lysets biologiske Virkninger, der vänte på at blive tagne op til videnskabelig Undersögelse; med stärkt koncentreret kemisk Lys håber Forf. også at kunne påvirke dybtliggende Organer.

(Forf:s terapevtiske Forsög og en Del af de experimentelle Undersögelser ere foretagne i »Finsens medicinske Lysinstitut», som ligger på Kommunehospitalets Grund og er oprettet og understöttes af en Del videnskabeligt interesserede Mänd i det Öjemed, i Fölge Statuternes § 1, »at anstille og fremme Undersögelser over Lysets Virkning på de levende Organismer, hovedsagelig med det Formål for Öje at anvende Lysstråler i den praktiske Medicins Tjäneste».)

H. Jacobäus.

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi: JUL. PETERSEN: Vore gamle medicinske Doktorers Praxisret. — GORDON NORRIE: Vore gamle medicinske Doktorers Praxisret. — JUL. PETERSEN: Afsluttende Svar til Dr. GORDON NORRIE. — GORDON NORRIE: Vore gamle medicinske Doktorers Praxisret. — Adresse til Fysikus MADVIG i Anledning af hans 80-årige Födselsdag. — EDM. H. GRUT: Om Besättelsesmåden af Professorater i det medicinske Fakultet. — K. CARÖE: »Den danske Lägestand». — CARL LORENTZEN: Om Benyttelsen af vederlagsfri Hospitalsbehandling og Desinfektion ved tyfoid Feber, Difteri og Skarlagensfeber i Köbenhavn 1891—95. — G. BORCH: Kampen mod Tuberkulosen. — ISAGER: Hygiejniske Forhold i Ry Sogn og Allinge-Thulstrup Sogn.

JUL. PETERSEN: **Vore gamle medicinske Doktorers Praxisret.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 1065.

GORDON NORRIE: **Vore gamle medicinske Doktorers Praxisret.** S. St., S. 1090.

JUL. PETERSEN: **Afsluttende Svar til Dr. Gordon Norrie.** S. St., S. 1118.

GORDON NORRIE: **Vore gamle medicinske Doktorers Praxisret.** S. St., S. 1144.

En fortsat Diskussion angående det i Overskrifterne nävnte medicinal-historiske Spörgsmål.

Jul. Petersen.

Adresse til Fysikus Madvig i Anledning af hans 80-årige Födselsdag. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 1201.

I Veneration for denne som Kollega og sönderjysk Patriot lige höjtskattede danske, i Haderslev bosatte Läge, den almindelige danske Lägeforenings eneste Åresmedlem, tilstillede Foreningen ham denne Adresse.

Jul. Petersen.

EDM. H. GRUT: **Om Besättelsesmåden af Professorater i det medicinske Fakultet.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 1208.

Som Fortsättelse af et tidligere Indläg om samme Spörgsmål fremsätter Forf. et efter de svenske Bestemmelser som Forbillede affattet Forslag, som går ud på, at Fakultetet som Regel skal have Indstillingsret om de til Ministeriet indgåede Ansögninger. Når en Ansöger har mindst $\frac{3}{4}$ af alle Stemmerne, indstilles han som den, der har fået overvejende Majoritet; opnås en sådan ikke, nedsättes med Ministeriets Samtykke en sagkyndig Censurkomité af 3 Medlemmer, et Fakultetsmedlem og to valgte blandt sagkyndige i Danmark, Sverige, Norge eller Finland. Disse afgive hver en Bedömmelse efter de om Ansögerne foreliggende Oplysninger: når mindst to ere enige om en Kandidat, indstilles denne; fastholder hver sin Kandidat, afgör Fakul-

tetet ved simpel Majoritet, hvem af de tre der skal indstilles til Ministeriet. *Ax. Ulrik.*

K. CARÖE: **"Den danske Lägestand".** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 1105.

For at väkke de yngre Lägers Interesse for den Samling af biografiske Oplysninger om Läger, som er udkommen under Navn af »Den danske Lägestand», gives en Udsigt over dette Värks Tilblivelse og dets Forgängere i dansk Literatur.

Ax. Ulrik.

CARL LORENTZEN: **Om Benyttelsen af vederlagsfri Hospitalsbehandling og Desinfektion ved tyfoid Feber, Difteri og Skarlagensfeber i Köbenhavn 1891—95.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 1153 og 1192.

Uagtet Epidemiloven af 20 April 1888 tilsiger vederlagsfri Hospitalsbehandling og fri Desinfektion ved de i Overskriften nävnte Sygdomme, viser en statistisk Oversigt, at Desinfektion kun er benyttet i 44 % af Tilfäldene, medens noget over Halvdelen er behandlet på Hospital. Benyttelsen af Hospital er störst ved tyfoid Feber, Benyttelsen af Desinfektion störst ved Difteri. Navnlig over for Desinfektionen synes Befolkningen altfor tilbageholdende.

Ax. Ulrik.

G. BORCH: **Kampen mod Tuberkulosen.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 1177.

I Anledning af et af Justitsministeriet i Rigsdagen forelagt Lovforslag, i Fölge hvilket Sundhedskommissionerne skulle väre bemyndigede til at påbyde og foranstalte Desinfektion efter Dödsfald af Lungesvindsot, hävdes Önskeligheden af, at denne Foranstaltning udvides til også at omfatte Desinfektion af de Rum, som fraflyttes af levende tuberkulöse. Dette tilsigtes også ved et privat Lovforslag om Foranstaltninger mod Udbredelse af Tuberkulose, som for nylig er indbragt i Folketinget, og som väsentlig er bygget over det Forslag om Tuberkulosens Bekämpelse, som er under Diskussion i Norge.

Ax. Ulrik.

ISAGER: **Hygiejniske Forhold i Ry Sogn og Allinge-Thulstrup Sogn.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 1138.

I en Medicinalberetning for de to nävnte Sogne, som ere beliggende i Midtjylland, beskrives Sundhedslilstanden under Hensyn til Befolkningens ökonomiske og sociale Vilkår. En forholdsvis stor Rolle spiller Tuberkulosen, hvor Smitte ofte er sandsynlig, og desuden Fordöjelsesorganernes Sygdomme og Blegsoten.

Ax. Ulrik.

Berättelser från sjukvårdsanstalter: R. BERGH: Vestre Hospital i 1895. — HASLUND: Kommunehospitalets 4de Afdeling i 1895. — 37te Beretning om Åndssvageanstalten på gl. Bakkehus og Ebberödgård for Året fra 1 April 1895 til 31 Marts 1896. — Beretning om det kgl. Frederiks Hospital samt den kgl. Födsels- og Plejestiftelse for Året 1895—96. — J. C. GERNER: Skrofulöse Börns Ophold i Snogebæk 1896. — CARL VON HEIDEKEN: Från barnbördshuset i Åbo, årsberättelse för 1895.

R. BERGH: **Vestre Hospital i 1895.** Beretning om Kommunehospitalet, Öresundshospitalet, Blegdamshospitalet og Vestre Hospital i Köbenhavn for 1895. S. 222.

I Fölge Forf. blev i 1895 på Hospitalets 2 Afdelinger 1 552 Individer behandlede og udskrevne; der forekom intet Dödstilfälde. Antallet af de *offentlige Fruentimmer* var ved Årets Slutning 600. Söstaden Köbenhavn (samt Nabokommuner) med en Befolkning af 408 000 Indvånere har i 1895 i alt kun haft 723 Individer praktiserende som offentlige Fruentimmer. Den offentlige Prostitution for i 1895 leveret 995 Udskrivelser af i alt 396 forskellige Fruentimmer. I Overensstemmelse med Hospitalets årlange Erfaringer have de privatboende Sköger leveret et mindre Kontingent (419 Indläggelser på 289 Individer) end de i (33) Bordeller kasernerede (576 Indläggelser på 92 Individer). — Fra den anden, den for den *hemmelige Prostitution* reserverede Afdeling udskreves 557 Individer; de angivne Erhvervsgrene for disse Individer specificeres som sädvanligt. — De respektive Ejendommeligheder for disse to Afdelinger specificeres. For den anden Afdelings Vedkommende udhäves Själdenheden af de psevdo-veneriske Affektioner (9 : 163), Hyppigheden af Vulvit (18 : 1) og Vaginit (22:0) samt af Kondylomer (38 % af Indläggelserne imod 7,5 %); også Syfilis forekom meget hyppigere (116 : 67) og isär det förste Udbrud af samme (72 : 19).

De forskellige (in casu 12) Kategorier af de *psevdoveneriske Affektioner* specificeres närmere. Den *genitale herpes* forekom på förste Afdeling hos 86 Individer, hos de 72 af *menstruel* Oprindelse; på den anden hos 47, hos de 36 menstruel. Af psevdovenerisk Natur er vel også Flertallet af de ejendommelige *Papler i Anogenitalregionen*, som forekom hos 43 (17 + 26) Individer, af hvilke Flertallet (39) havde haft Syfilis, således som närmere detaljeret; det samme gälder også en Del (13) af de med *epitheliasis oralis* indkomne 37 Individer. Derefter omtales de *lokale professionelle genitale Läsioner*, og slutteligt forskellige Tilfälde, som kun stode i fjärnere Forbindelse med disse Individers Levevis. Hyppigheden af en *nosokomial katarralsk angina* (10 + 36 Individer) udhäves.

Af de *veneriske Katarrer* var Uretriten, som sädvanligt, den hyppigst forekommende (836), dernäst Affektionerne af det vulvo-vaginale Kirtelapparat (130) samt Cervikalkatarrer (122). Med *Vulvit* indkom 19 Individer, med *Vaginit* 22. En virkelig Lidelse af det *vulvo-*

vaginale Kirtelapparat sås hos 130 Individer, hos de 53 alene på höjre, hos 44 alene på venstre og hos 33 på bägge Sider. Udfloddet var hos 97 purulent; Abscesdannelse forekom hos 15 Individer, hos det ene med stinkende pus. Selve Glandlen var hos 8 Individer lidende. Hos 5 svulnede de indre Lyskekirtler. Behandlingen varede gennemsnitligt 35 Dage. — De allerfleste offentlige Fruentimmer erhverve snart *Uretrit* og altid nye Uretriter, og derigennem lidt efter lidt en latent kronisk Form. På *förste* Afdeling forekom 408 Tilfälde, af hvilke de 131 fra först af vare purulente, de 45 vare tydeligt recidive; Stranguri angaves kun af 20, hos 14 vare der stärke reflektoriske Vandträngsler; hos 14 Periuretrit; hos 5 sås den kroniske hyperplastiske Form af Uretralpapillen; hos to forekom en ingvinal Monadenit, kun hos ét uretral Revmatisme, og hos ét en Konjunktivit. Behandlingsvarigheden var gennemsnitligt 24 Dage; der anvendtes hovedsageligt Argentamin og Alumnol. *Paruretrit* forekom hos 60 Individer, hos de 48 i Forbindelse med Uretrit. — På *anden* Afdeling sås 428 Individer med Uretrit, hos 176 purulent. Stranguri tilstodes af de 41, reflektoriske Vandträngsler af de 30; Periuretrit forekom hos 17, hos 3 Cystit, hos 6 uretral Revmatisme, hos to ez. polymorphum eller nodosum, hos ét Konjunktivit. To Individer havde en ingvinal Monadenit. Behandlingen medtog gennemsnitsvis 47 Dage. En *Paruretrit* sås hos 69 Individer, af hvilke de 66 havde Uretrit. — *Cervikalkatarr* forekom på förste Afdeling hos 78, på anden hos 44 Individer.

Kondylomer i Anogenitalregionen sås på förste Afdeling hos 57, på anden hos 157 Individer. Sädet for samme m. m. detaljeres.

Veneriske Sår forekom på förste Afdeling hos ét, på anden hos 3 Individer; det ene kompliceredes med Udvikling af en suppurerende Bubon. — *Ingvinale Buboner* sås på förste Afdeling hos 5, på anden også hos 5; Suppuration indtrådte i de 8 Tilfälde (LANGs Behandling).

For *Syfilis* behandledes 183 voxne Individer, på förste Afdeling 67, på anden 116; de 91 havde det förste Udbrud, de övrige 92 Recidiv. Af de offentlige Fruentimmer med *förste Udbrud* havde, som sädvanligt, en stor Del, de 15 af 19, pådraget sig Syfilis i det förste År af deres Funktion. Hos de 10 forekom som Initialsymptom en tydelig Induration, således som nöjere detaljeret. Af de på den anden Afdeling forekomne 72 Tilfälde viste de 49 Induration, som hos de 4 var extragenital; hos 9 fandtes tillige indurativt Ödem. Slimpapler forekom hos 31 (3 + 28) Individer, kun hos ét udenfor Anogenitalregionen. Svulne Lymfeknuder manglede aldrig, hyppigst vare de ingvinale svulne, hos de 90 (af 91) Individer; men kun hos 7 vare disse de eneste svulne Glandler, hos de allerfleste (81) vare også glomeruli cervic. postt. svulne, meget ofte (64) også de submaxilläre o. s. v. De sädvanlige såkaldte Prodromer manglede hos 28 Individer; 14 havde periosteale eller tendinöse Ömheder; tydelig Miltsvulst föltes aldrig; hos 17 syntes Senereflexerne forögede; kun hos 5 forekom Temperaturstigen. Udbredte kutane Syfilider manglede hos 11 Individer; de övrige 80 havde alle Hudaffektion, deraf de 63 roseola, hos de 43 ganske ublandet; 24 havde papulöse, 12 papulete (lentikuläre) Syfilider. Stärkere Udtynding af Hovedhåret forekom hos 25 Individer; hos 18 op-

stod leucoderma, men kun hos to efter luetisk Eruption sammesteds. Katarralske Syfilider som Erytem af Mund- og Svälgslimhinden med Epiteliose og undertiden Papler sås hos 30, af Könsslimhinden hos 23. Behandlingstiden udgjorde gennemsnitsvis henimod 77 Dage. Behandlingen var altid merkuriel (Inunktioner, Injektioner); Mundirritation optrådte hos 14, colitis hos to, Albuminuri hos to, Mellituri hos to Individer. En Tiltagen i Vägt under Behandlingen konstateredes hos 42, en Aftagen hos 36, hos 13 holdt Vägtforholdet sig uforandret. — Med et *förste Recidiv* indlagdes 46 Individer, alle tidligere behandlede merkurielt. Prodromale Symptomer forekom hos de 27, Slimpapler hos 11, generelle Hududbrud hos 29 (hos de 20 som roseola). Med et *andet* Recidiv indkom 24 Individer; det ene havde en ulcerativ paronychia, et andet en dobbeltsidig neuritis optica og chorioideitis, et tredje en gummös iritis. Med et *tredje* Recidiv indlagdes 9 Individer, med et *fjärde* 3, med et *femte* 2 (det ene med cerebrale Symptomer), med et *sjette* og *syvende* henholdsvis ét, med et *tolvte* ét og uden påvirkelige luetiske Antecedenser fem og med en latent Syfilis og et syfilitisk nyfödt Barn ét. — Af ovennävnte 183 Individer have de 7 eller kun henimod 4 % vist en tydelig *Temperaturforhöjelse* (—39° C), især ved det förste Udbrud; en overfladisk *Strubelidelse* er iagttaget hos 22 Individer, derimod aldrig tydelig Miltsvulst. Af alle disse 183 Individer ere de 12 alene *behandlede* med Jodkalium i Forbindelse med regionär Anvendelse af Hg-Midler; de övrige 171 Tilfälde var Behandlingen merkuriel, hos de 5 anvendtes Svedekur samt Sublimatpiller, hos de 5 Sublimatinjektioner, hos de övrige Påsmöringer af 5 Gm ungv. hydr.; colitis opstod hos 4, Mundirritation hos 21 Individer, Albuminuri hos 3 og Mellituri hos 3. En Tiltagen i *Vägt* under Behandlingen sås hos 82, en Aftagen hos 71, og hos 30 holdt Vägtforholdet sig uforandret.

Menstruationsuordener uden påviselig Graviditet sås på förste Afdeling hos 35 af de 396 forskellige Fruentimmer, på anden hos 66 af 377.

Af de 396 offentlige Fruentimmer have de 8, d. e. lidt over 2 %, *födt*, de 5 af dem havde haft lues; de fik alle fuldbårne og tilsyneladende sunde Börn. På den anden Afdeling påvistes mellem 557 Indläggelser af i alt 377 forskellige Individer, 50 Tilfälde af Graviditet eller omtrent hos 9 %; men kun for de 25 Individers Vedkommende haves Oplysninger om Svangerskabets Udgang. De 19 af disse 50 Individer havde haft lues, om de 9 af dem haves Oplysninger med Hensyn til Födslen, af dem fik de 5 fuldbårne Börn, af hvilke det ene snart viste sig luetisk. Om de 16 af de 31 Individer, som ikke syntes at have haft Syfilis, haves Oplysninger; de 8 fik fuldbårne Börn, de övrige aborterede.

Slutteligt fölger en Räkke Oplysninger om de ikke-professionelle Lidelser, for hvilke de offentlige Fruentimmer i 1895 have väret behandlede på andre köbenhavnske Hospitaler.

R. Bergh.

HASLUND: **Kommunehospitalets 4de Afdeling i 1895.** Anf. St., S. 72.

På Afdelingen behandledes i alt 2 175 Individer, af hvilke de 1 972 bleve udskrevne; 34 döde. Dödstilfäldene specificeres, de 9 (Börn) havde kongenit Syfilis. — Af de behandlede 788 Tilfälde af *Hudsygdomme* viste de 155 Ekzem, 18 lupus vulgaris og 1 l. erythematodes, 5 lichen ruber, 1 pemphigus simplex og 6 p. neonatorum, 2 pityriasis rubra og 23 prurigo Hebræ, 51 psoriasis, 3 Sarkom, 177 scabies, 5 mucosis favosa og 32 m. trichophytina. — Af de med *veneriske Sygdomme* behandlede (794) *Mänd* havde 384 Uretrit; Epididymit med funiculitis forekom dermed hos de 143, periuretral Lidelse hos 13, akut Prostatit hos 26, cystitis colli hos 10; revmatoide Affektioner sås hos 32 Individer, de specificeres; Buboner forekom hos de 6. Veneriske Sår iagttoges hos 5 Individer, hos det ene med suppurerende Bubon; hos 86 andre forekom Ulcerationsprocesser på penis, hos de 34 med suppurerende Buboner; Fimose sås hos 42, Parafimose hos 8 Individer. Kondylomer iagttoges hos 25. For konstitutionel Syfilis behandledes 363 Individer, deraf havde de 191 förste, 51 andet og de 109 senere Udbrud. 3 Individer med senere Udbrud vare aldrig för behandlede; 27 havde tertiäre Tilfälde. — Af de behandlede *Kvinder* havde 99 Uretriter, de 16 tillige Paruretrit, 2 Periuretrit; 15 havde Bartolinit, 52 elythritis, 68 Blärehalskatarr; hos 3 forekom revmatoide Affektioner. Ulcerationsprocesser på Genitalslimhinden sås hos 15 Individer. Kondylomer iagttoges hos 38. Syfilis forekom hos 171 Individer, af hvilke 86 havde det förste, 25 det andet Udbrud; tertiäre Symptomer sås hos 15 Individer, af hvilke de 3 aldrig vare behandlede og de 8 kun ufuldständigt. — Af *Börn* med veneriske Lidelser havde 12 Vulvit, 2 Uretrit, 4 Elytrit, ét Kondylomer og ét et gangränöst Sår. Med kongenit Syfilis indkom 27, af hvilke de 9 döde; for akkvisit lues insons behandledes 8. For syphilis insons behandledes i alt 13 Individer, af hvilke de 8 vare Börn; Tilfäldene omtales nöjere.

R. Bergh.

87te Beretning om Åndssvageanstalten på gl. Bakkehus og Ebberödgård for Året fra 1 April 1895 til 31 Marts 1896. Köbenhavn 1896.

På gl. Bakkehus var Alumnernes Antal ved Årets Begyndelse 196; af disse afgik 38, medens der optoges 37 nye Alumner, af hvilke 2 atter udgik, så at Antallet ved Årets Slutning var 193, af hvilke 181 vare Elever, 12 voxne arbejdsföre. Gennemsnitsalderen af de optagne Elever var 10,3 År. Undervisningen er i det forlöbne År ledet i det tidligere Spor; til Pigebörnenes Uddannelse er tillige indrettet et särskilt Vaske- og Strygeri.

På Ebberödgårdanstalten var Alumnernes Antal ved Årets Begyndelse 384; af disse afgik 32, medens der tilkom 71, af hvilke 13 vare Börn. Anstalten er nu delt i 8 Afdelinger, af hvilke de 5 ere Arbejdshjem, de 3 Plejehjem, af hvilke et for Börn.

Ax. Ulrik.

Beretning om det kgl. Frederiks Hospital samt den kgl. Födsels- og Plejestiftelse for Året 1895—96. København 1896. 130 S.

Frederiks Hospital. Sängeantal: 364. Den förste April 1895 fandtes i Hospitalet 339 Patienter; i Årets Löb tilkom 2 386, udskreves 2 127, döde 264; tilbage ved Årets Udgang (31 Mars 1896) 334. — Samlede Antal Forplejningsdage 114 844; störst Belägning den 3 og 9 Maj 1895: 360, lavest den 17 Avg. 1895: 224 Patienter. — Med. Afd. A [1]): 747 Patienter, 77 döde. — Med. Afd. B: 712 Patienter, 91 döde. — Kirurg. Afd. C: 861 Patienter, 50 döde; 480 Operationer med 35 Dödsfald; 112 Kloroformnarkoser, 256 Kloroformäternarkoser, 3 Äternarkoser. — Kirurg. Afd. D: 461 Patienter, 25 döde; 266 Operationer med 7 döde; 183 Äternarkoser. — På Hospitalets Konsultationsstue behandledes 6 121 Patienter.

Födsels- og Plejestiftelsen. I Årets Löb indkom 1 653 Kvinder, af hvilke 34 udgik uden at föde; 797 behandledes i Stiftelsens egne Lokaler, 897 i Filialerne. I Fölge Overakkuchörens Beretning (der angår Kalenderåret 1895) födte i dette År 1 623 (20 Tvillinge-, 1 Trillingefödsel); 1 561 levendefödte Börn, 84 dödfödte (Aborter indbefattede). Af de födte vare 1 172 fuldbårne, 473 ufuldbårne. Der forekom 231 Tilfälde af Puerperalfeber; den puerperale Morbilitet var godt 14 %. 5 Dödsfald af Barselfeber indtraf, 4 i Stiftelsens Lokaler, 1 efter Flytning til Hospital; den puerperale Mortalitet var 3,1 pro Mille.

Ax. Ulrik.

J. C. GERNER: **Skrofulöse Börns Ophold i Snogebæk 1896.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 1159.

I Årets Löb sendtes af Københavns Magistrat 74 Börn til Snogebæk, af hvilke 65 vare skrofulöse, 9 Rekonvalescenter efter andre Sygdomme. Badene begyndte de förste Dage af Juli Måned og fortsattes over Midten af September. Börnene tiltoge gennemsnitlig 5,36 Pund i Vägt eller med 11,75 % af deres Legemsvägt; Vägtforögelsen var störst for Rekonvalescenter over 9 År (gennemsnitlig 15,06 %), mindst for Rekonvalescenter under 9 År (gennemsnitlig 9,49 %). Pigerne tog mere til end Drengene indenfor samme Aldersklasse, selv om de ved Ankomsten viste nogenlunde samme Vägtforhold; dette galdt så vel i Alderen over som under 9 År.

Ax. Ulrik.

CARL VON HEIDIKEN: **Från barnbördshuset i Åbo, årsberättelse för 1895.** Finska läkaresällsk. handl. 1896, s. 635.

Under året intogos 294 parturientes.

Förloppet efter förlossningen var följande: hos 94,5 % normalt puerperium, hos 5,5 puerperala (septiska?) affektioner. Mortaliteten i sin helhet 1,03 %, däraf dock ett dödsfall i lungtuberkulos och ett i pyelit; afdrages dessa, är mortaliteten 0,34 %.

---

[1]) De fölgende Lägeberetninger gälde Kalenderåret 1895.

50 gynekologiska operationer hafva förut utförts, alla med lycklig utgång. *Törngren.*

Militär hälsovård: EDW. EDHOLM: Nekrolog öfver CARL MAGNUS APPELBERG. — I. KJELLBERG: Svensk beväringsstatistik. — H. BLICH HOLST: Det norske Sanitetets Uddannelse. — I. KJELLBERG: Akuta infektionssjukdomar bland svenska garnisonerade land- och sjötrupper 1861—1892. — HJ. ÅKERHJELM: Sjukbärarnes verksamhet under strid. — Om belysningsvagnar. — E. NILSSON: Arméerna och koleran. — TH. HELLSTRÖM: En difteriepidemi vid Svea lifgarde i Stockholm under vintern och våren 1895. — A. QVENNERSTEDT: Anteckningar om sjukvården under 1808—09 års finska krig. — A. QVENNERSTEDT: D:o d:o. — C. FÜRST: Från krigsåret 1813. — T. SJÖGREN: Sjuklighet och dödlighet inom Stockholms garnison 1876—1892. — F. NETZLER: Reseanteckningar från Italien. — F. NETZLER: Reseanteckningar från Frankrike. Om de franska militärläkarnes utbildning och ställning. — K. SETH: Resebref. — K. SETH: Resebref från Wien. — K. SETH: Resebref från Paris. — K. SETH: Reseanteckningar. — I. KJELLBERG: Resebref från Gibraltar, ombord å korvetten Balder.

EDW. EDHOLM: **Nekrolog öfver Carl Magnus Appelberg.** Tidskr. i militär hälsovård 1896, s. 179.

Skildrar den nyss aflidnes stora förtjänster som militärläkare, kommunalman och enskild personlighet. »Till militärläkare var APPELBERG klipt och skuren, kunnig som läkare och kirurg, väl hemmastadd i tjänstens alla detaljer, flink, oöm, villig och punktlig samt i hög grad uthållig. I fält skulle han hafva varit en militärläkaretyp, såsom han var det i fred.»

Ernst Boman.

I. KJELLBERG: **Svensk beväringsstatistik.** Tidskr. i militär hälsovård 1896, s. 345.

Efter en historik öfver reglementen, förordningar och cirkulär angående allmänna värnplikten från dess första införande år 1812 till nu varande tid uppställes ett diagram öfver de värnpliktiges approbationsprocent åren 1851—1895 samt några statistiska tabeller öfver approbations- och kassationsprocenten jämte när- och frånvarande vid läkarebesiktningarna under de tre sednaste decennierna. Den ganska stora och hastiga växlingen i kassationsprocenten söker förf. förklara dels genom anställandet af militärläkare i stället för civilläkare vid inskrifningsförrättningarna, dels genom tillämpningen af mera detaljerade kassationsformulär och dels å andra sidan genom den tilltagande utvandringen och den utsträckta vapenöfningstiden m. m.

Ernst Boman.

H. BLICH HOLST: **Det norske Sanitetets Uddannelse.** Tidskr. i militär hälsovård 1896, s. 27.

Denna uppsats är en fortsättning af »Oversigt over den norske Sanitetsorganisation» af 1888 utaf HJ. LINDBOE, indtagen i tidskriften år 1889, och innehåller först de förändringar, som organisationen har undergått sedan denna tid. Därefter skildras sanitetets utbildning, såväl hvad beträffar officerarne, underbefälet och de menige.

Ernst Boman.

I. KJELLBERG: **Akuta infektionssjukdomar bland svenska garnisonerade land- och sjötrupper 1861—1892.** Tidskr. i militär hälsovård 1896, sid. 34.

I en tabell, innefattande nämnda tidrymd, angifves årliga antalet sjuka i de vanliga infektionssjukdomarna, hvaraf framgår, att en minskning egt rum under de sista åren i antalet smittkoppor, tyfoid och fläcktyfus samt i synnerhet frossa, men däremot en ökning af difteri, skarlakansfeber och mässling.

Ernst Boman.

HJ. ÅKERHJELM: **Sjukbärarnes verksamhet under strid.** Tidskr. i mil. hälsovård 1896, s. 172.

Förf. kritiserar bestämmelsen, att sjukvårdsmanskapet skall uppträda *i* stridslinien för att därifrån bortföra de sårade samt visar, att sjukbärarna härigenom i första hand blifva ett mål för fiendens kulor och onödigt uppoffras.

Ernst Boman.

Om belysningsvagnar. Tidskr. i militär hälsovård 1896, s. 382.

Innehåller en beskrifning å en belysningsvagn, försedd med DE LAVALs turbindynamo, hvarmed försök utförts å här varande Garnisonssjukhus gård i ändamål att utröna det elektriska ljusets användbarhet i fält, särskildt för uppsökande af sårade eller döde ute på marken, äfvensom för signalering eller telegrafering nattetid.

Ernst Boman.

E. NILSSON: **Arméerna och koleran.** Tidskr. i militär hälsovård 1896, s. 1.

Efter omnämnandet af koleran i Hamburg 1892 och de däremot vidtagna åtgärderna, särskildt vid garnisonen i Eimsbüttel, framställer förf. med hänsyn till en hotande kolera det spörgsmålet: »hvad kunna vi själfva företaga med afseende på vår egen armé»? Innan han besvarar denna fråga anför han några spridda drag ur vår kolerahistoria, såvidt den berör armén, samt sammanfattar sedan sina förslagsfordringar i 6 punkter, nämligen: om planläggning i förväg, om anordnande af en isoleringslokal vid hvarje garnison, om bakteriologisk undersökning, om öfvad desinfektionspersonal, om föreskrifter angående de första misstänkta sjukdomsfallen och om föreskrifter äfven för öfriga åtgärder, såsom desinfektion m. m.

Ernst Boman.

TH. HELLSTRÖM: **En difteriepidemi vid Svea lifgarde i Stockholm under vintern och våren 1895.** Tidskr. i militär hälsovård 1896, s. 143.

Innehåller en redogörelse för de verksamma och genomgripande åtgörandena i afseende på bakteriologisk undersökning och isolering af manskapet, som blefvo nödvändiga genom den under ofvan nämnda tid uppträdande, vidtomfattande difteriepidemien vid Svea lifgarde.

Ernst Boman.

A. QVENNERSTEDT: **Anteckningar om sjukvården under 1808—09 års finska krig.** Tidskr. i militär hälsovård 1896, s. 121.

Med hufvudsaklig ledning af fältläkaren DAHLGRENs afskrifter af rapporter, memorialer m. fl. tjänstehandlingar, gifver förf. en skildring af bristerna under 1808—09 års krig uti härens läkarepersonal och medicinalutrustning samt truppernas beklädnad och proviantering m. m. Af skildringen framgår med sorglig tydlighet, hvilka förfärliga försummelser vederbörande låtit komma sig till last i afseende på härens sjukvård och utspisning m. m. Endast på en enda artikel rådde öfverflöd — bränvin, som den tiden äfven af framstående män och läkare ansågs som ett nödvändigt hälso- och läkemedel, ja till och med såsom ett skyddsmedel mot smittosamma sjukdomar.

Ernst Boman.

A. QVENNERSTEDT: **Anteckningar om sjukvården under 1808—09 års finska krig.** Tidskr. i militär hälsovård 1896, s. 249.

En fortsättning af här ofvan refererade artikel. Omnämner hufvudsakligen de höggradiga missförhållandena å arméns sjukhus: brist på utrymme, föda, läkare och medikamenter! Det välbekanta uttrycket om en »här, som frös och svalt», bestyrkes vara icke blott en poetisk bild, utan hafva haft sin fulla motsvarighet i verkligheten.

Ernst Boman.

C. FÜRST: **Från krigsåret 1813.** Tidskr. i militär hälsovård 1896, s. 362.

I ett bref från bataljonsläkaren P. J. BERGELIN till professor A. H. FLORMAN lemnas en del intressanta upplysningar om förhållanden och personer i Tyskland under det märkliga »anno tretton». Såsom bilaga medföljer ännu ett bref, nämligen från öfverfältläkaren WELTZIN till samme prof. FLORMAN, skildrande svenska arméns i Tyskland sanitära förhållanden.

Ernst Boman.

T. SJÖGREN: **Sjuklighet och dödlighet inom Stockholms garnison 1876—1892.** Tidskr. i militär hälsovård 1896, s. 37.

Under åren 1876—1885 hafva 73,13 % och under åren 1886—1892 57,69 % af truppförbandens samfälda styrka varit sjukskrifna. Dödsfallen utgjorde under förra perioden i medeltal 37,8 årligen eller 9,9 pro mille och under den sednare 24,9 årligen eller 5,9 pro mille.

Ernst Boman.

F. NETZLER: **Reseanteckningar från Italien.** Tidskr. i militär hälsovård 1896, s. 53.

Innehålla en skildring af sanitetstruppernas i Italien ställning och utbildning samt en beskrifning å militärsjukhusen i Florens och Verona.

Ernst Boman.

F. NETZLER: **Reseanteckningar från Frankrike. Om de franska militärläkarnes utbildning och ställning.** Tidskr. i militär hälsovård 1896, s. 174.

Efter genomgången förberedande militärläkareskola i Lyon under 3½ år och aflagd med. doktorsexamen får den unge militärläkaren ytterligare genomgå en kurs på 8 månader vid l'ecole d'application de medicine et de pharmacie militaires, hvarest föreläsningar hållas öfver fältepidemier, militärhygien, tillämpad kemi, fältkirurgi, rättsmedicin, militär lagfarenhet, administration och ambulanstjänst samt bakteriologi.

Ernst Boman.

K. SETH: **Resebref.** Tidskr. i militär hälsovård 1896, s. 38.

Förf. omnämner sina intryck under vistelsen i Berlin, hvarunder han genomgick »Fortbildungskursus für Militärärzte» samt de militära etablissementen och sjukhusen samt proviantamten i Berlin och Potsdam. Soldatportionerna och beklädnaden beskrifvas fullständigt. Därefter skildras tvänne militärmedicinska fester, den ena med anledning af Friedrich-Wilhelm-institutets hundraårs-jubileum och den andra följande dag, en s. k. »Feldkommers» hos Kroll, gifven af de studerande vid de militärmedicinska undervisningsanstalterna.

Ernst Boman.

K. SETH: **Resebref från Wien.** Tidskr. i militär hälsovård 1896, s. 158.

Efter en beskrifning å 4:de gardesregementets kasern i Berlin omnämner förf. åtskilliga militärmedicinska förhållanden i Dresden samt genomgår därefter österrikiska arméns beklädnad och förplägning.

Ernst Boman.

K. SETH: **Resebref från Paris.** Tidskr. i militär hälsovård 1896, s. 264.

Efter en kort beskrifning på sin resa genom Italien och Schweitz skildrar förf. den franska arméns proviantering och beklädnad samt den i Frankrike gängse behandlingen af de veneriska sjukdomarna.

Ernst Boman.

K. SETH: **Reseanteckningar.** Tidskr. i militär hälsovård 1896, s. 373.

Såsom afslutning af sina från Berlin, Wien och Paris insända resebref lemnar förf. några sammanställningar och erfarenhetsrön. Angående utspisningen finner förf. vår armés ställa sig synnerligen förmonlig vid jämförelse med främmande portionsstater. I afseende på beklädnaden synes det svårt inom alla länder att förena det praktiska med det prydliga. Den nya pickelhufvan med aluminiumbeslag och

tyskarnes omsorg om skobeklädnaden (133 modeller!) lofordas. Antiseptik och aseptik strida om herraväldet, dock anses såväl i Tyskland som Frankrike det antiseptiska förfaringssättet vara det bästa för fältbruk. Förf. afslutar sina reseanteckningar med en jämförande skildring af de veneriska sjukdomarnas olika behandling i Tyskland, Österrike och Frankrike.

Ernst Boman.

I. KJELLBERG: **Resebref från Gibraltar, ombord å korvetten Balder.** Tidskr. i militär hälsovård 1896, s. 386.

Under vistelsen i Portsmouth besåg förf. dockorna, stationens exercis- och skjutskola samt marinsjukhuset. Den engelske sjömannens skeppsportion omnämnes: »jack is the best fed sailor in the world». Efter 8 dagars uppehåll å Kanarieöarna, hvilkas för bröstsjuka lämpliga klimat föranledt anläggandet af flere sanatorier, afgick Balder via Gibraltar till Konstantinopel.

Ernst Boman.



Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.

Comptes-rendus des traités

publiées au

Tome XXIX.

Année 1896. N° 18.

H. KÖSTER: **Sur la dermatomyitis primaire aigüe et chronique.**

Après un aperçu des cas publiés jusqu'ici, l'auteur rend compte d'un cas qu'il a lui-même observé. Une dame de 36 ans, mère d'enfants sains, ressentit, après un surmenage mental, des douleurs intenses aux cuisses; les jambes enflèrent, et bientôt les deux bras le firent à leur tour pendant des douleurs continues. Les mois suivants, l'état s'améliora et empira alternativement 3 ou 4 fois, mais un an après l'apparition des symptômes, survint un empirement définitif. A l'époque de l'exploration, la malade souffrait d'une transpiration abondante, sans fièvre, de douleurs violentes au dos, à la nuque et aux bras, tant à l'état de repos que lorsqu'elle était en mouvement. Elle avait une sensation intense de tension et de chaleur au visage et aux parties enflées, et se plaignait de douleurs à la déglutition. Le visage était boursoufflé, les paupières formaient de grands bourrelets, et la peau en était de couleur cramoisie, tandis que le reste de la face était resté pâle. Même les lèvres étaient enflées. Les mouvements du visage libres, mais la pression y provoquait une vive douleur. La muqueuse du pharynx rougie. Sensibilité et oedème sur toute la partie supérieure du dos ainsi qu'au côté externe des bras; la peau y est pâle, les muscles y sont fermes à la palpation. Les autres muscles du dos endoloris mais non enflés. Eczéma sec sur le dos de mains. Les mouvements des bras sans force. La malade ne peut pas se tenir assise droite, et il lui est impossible de soulever la tête de dessus l'oreiller. Il survint successivement des douleurs et de l'oedème dans la totalité des bras et des jambes, d'abord sur le côté des extenseurs, puis sur celui des flexeurs. Les muscles intercostaux et les abdominaux s'endolorirent, la langue enfla et devint

comme pelée. Vint ensuite la dyspnée, la nourriture était avalée de travers, et la malade mourut de pneumonie. Fièvre les derniers jours; précédemment, état parfaitement afébrile; pas d'éruptions ailleurs qu'aux points indiqués; la rate ne fut jamais enflée, l'urine toujours libre d'albumine. La sensibilité partout normale. L'autopsie fit découvrir la présence d'une bronchopneumonie; oedème intense à peu près sur toute l'étendue du tissu lamineux de l'hypoderme; les muscles étaient pâles, mais fermes; les pectoraux seuls atrophiés. L'exploration microscopique démontra, dans tous les muscles, qui y furent soumis, des altérations variables toutefois en intensité et en extensité dans les diverses fibres musculaires. Tantôt la striure transversale seule était indistincte, tantôt elle avait fait place à une striure longitudinale à fibres fines. Ailleurs, toute striure faisait défaut, et les fibres musculaires étaient ou hyalines, ou aussi finement ou grossièrement granulées. Les noyaux n'avaient pas augmenté, et il ne fut pas rencontré de vacuoles. Dans tous les muscles soumis à l'examen, même ceux du coeur, où les fibres musculaires étaient normales, il fut découvert en outre une dilatation des capillaires, qui étaient remplis de corpuscules sanguins arrangés en forme de collier de perles. En outre, par places, des amas de leucocythes. Les muscles intercostaux et la musculature du pharynx offraient toutefois les altérations les plus considérables. Les nerfs étaient normaux. On n'y put découvrir ni microbes, ni les grégarins.

L'auteur donne ensuite un aperçu d'ensemble de la maladie. Il fait ressortir la grande variabilité des divers symptômes suivant les cas, dans lesquels tantôt l'un tantôt l'autre peuvent manquer. Ni le coeur, ni le diaphragme ou les muscles optiques ne sont toujours épargnés, et la tuméfaction de la rate est tout aussi peu constante. Or l'on sait que tous ces symptômes furent d'abord considérés comme caractéristiques.

En ce qui concerne la marche de la maladie, Mr KÖSTER pense qu'il est possible de distinguer entre les cas aigus, subaigus et chroniques. Au point de vue de l'étiologie, il estime qu'il y a lieu de distinguer nettement entre les dermatomyitis primaires et les secondaires, ces dernières se présentant sous l'image d'une sepsis, avec des suppurations dans les muscles, et étant produites par des microbes dont il est facile de tracer la présence. A l'égard des dermatomyitis primaires, l'auteur croit pouvoir leur attribuer une étiologie multiple, c.-à-d. soit une infection provoquant médiatement l'image symptomatique par la production de toxines, soit aussi une intoxication. Mr KÖSTER émet en terminant l'hypothèse que le premier tissu attaqué est le système vasculaire. En faveur de cette hypothèse sembleraient militer la dilatation considérable des vaisseaux observée dans plusieurs cas, et par dessus tout la circonstance que cette dilatation des capillaires les plus fins se présente non-seulement dans les faisceaux musculaires où il est facile de tracer l'altération des fibres, mais aussi dans les muscles avec fibres parfaitement normales, comme p. ex. le coeur dans le cas de Mr KÖSTER. Les autres symptômes se développeraient en ce cas comme une suite des altérations vasculaires, qui peuvent indubitablement donner naissance tant à l'oedème qu'aux altérations de la

peau, et il n'est pas impossible non plus que les altérations musculaires ne soient aussi la conséquence de celles des vaisseaux.

L'auteur termine par un court résumé des cas observés jusqu'ici.

N° 7.

E. SCHMIEGELOW: **Cancer du larynx, diagnostic et traitement.**

Depuis 1884, l'auteur a observé en tout 34 cas de cancer laryngien, 21 sur des hommes et 13 sur des femmes. Dans 17 cas (six hommes et onze femmes), la tumeur était extralaryngienne. Il ne s'occupe dans son mémoire *que des formes endolaryngiennes*, où le carcinome envahit l'intérieur du larynx. La moitié des cas, soit 17, dont quinze hommes et deux femmes, relèvent de cette catégorie. La tumeur siège le plus souvent sur les cordes vocales vraies (9 fois). Pour traiter avec succès le cancer laryngé, il est essentiel de diagnostiquer la maladie dès le début. Quand un individu bien portant, âgé de plus de 40 ans, devient enroué, il ne faut pas s'attarder aux badigeonnages avec des crayons, des inhalations ou des épithèmes, mais soumettre le malade à un examen laryngoscopique détaillé et judicieux. Si l'enrouement est alors attribué à une infiltration profonde de l'une des cordes vocales, et si la motilité de la corde affectée est de beaucoup inférieure à celle de la corde saine, la nature de la maladie est très suspecte. S'il est possible de retirer un fragment de la tumeur pour l'examiner au microscope, on s'assurera d'une manière décisive si le morceau enlevé provenait des parties centrales de la tumeur. Lorsque le siège de l'affection rend l'extraction impossible, on est autorisé à pratiquer une thyréotomie exploratrice, afin de choisir avec certitude la méthode de traitement à employer pour réussir. Il vaut mieux, en effet, risquer une thyréotomie dans les cas douteux, même si l'on a affaire à une tumeur bénigne, que de restreindre l'incision exploratrice aux cas de tumeurs malignes, et de laisser passer ainsi le moment propice au traitement radical.

Dans l'examen des résultats des divers modes de traitement employés chez les dix-sept malades atteints de cancer, l'auteur laisse d'abord de côté 5 cas dont le sort lui est inconnu.

Sur les douze autres malades opérés, quatre ont été seulement examinés par l'auteur au point de vue diagnostique, tandis qu'ils ont été soignés par des confrères. Les huit malades restants ont été opérés par lui seul (7 cas) ou par son ami Mr le professeur SYLV. SAXTORPH (1 cas).

Dans un cas, où il s'agissait d'un vieillard de 72 ans, le traitement consista dans l'exstirpation endolaryngienne de la corde vocale infiltrée par un cancer. Une récidive indiqua plus tard la trachéotomie.

Dans les 7 autres cas, on employa soit la thyréotomie avec excision des seules parties molles, soit la résection par excision partielle, mais jamais l'exstirpation totale. Les résultats opératoires furent les suivants:

	Cas.	Guérison.	Mort.
Thyréotomie avec ablation des seules parties molles	5	4	1
Résection partielle du larynx	2	2	—
	7	6	1

6 malades survécurent par conséquent à l'opération, mais l'un d'eux succomba quatre mois après à une récidive.

De meilleurs effets furent obtenus chez le malade No 2, qui mourut d'un cancer de l'estomac dix mois plus tard; aucune récidive laryngienne. Les résultats furent encore plus satisfaisants par rapport à un officier âgé de 62 ans, chez lequel, après une thyréotomie et l'excision de la corde vocale droite, on n'a pas observé de récidive depuis quatre ans.

Les trois derniers malades sont tous bien portants; mais comme l'opération est récente, il est impossible de juger du résultat final du traitement.

Peu de parties du corps renferment, comme le larynx, des cancers localisés durant aussi longtemps, et rarement la cure radicale est couronnée de succès comme pour le larynx, quand on reconnaît l'affection à temps. . Pour élucider ce dernier point, il faut manier avec soin le laryngoscope; car on n'oubliera jamais que la raucité est souvent le seul symptôme d'un cancer laryngé au début. Tandis qu'autrefois l'extirpation totale était à peu près l'unique procédé employé, elle a perdu de plus en plus du terrain comparativement à la méthode conservatrice, et l'on a acquis la certitude que par ce moyen on atteint la guérison du cancer d'une façon sûre quand on le soigne à la période initiale.

N° 8.

S. HYBBINETTE: **Sur la possibilité de constater la présence de la tyrosine par la sublimation.**

Un mémoire de Mr le Dr ULRICH (Nord. med. ark., 1896, No 11) a amené l'auteur à faire des expériences sur la possibilité de sublimer la tyrosine. Les données contenues dans la littérature et ses propres recherches l'ont conduit au résultat que cette sublimation est impossible sans dissolution.

Contrairement à l'opinion de Mr ULRICH, qui a cru pouvoir démontrer par la sublimation la présence de la tyrosine dans l'urine, Mr HYBBINETTE estime que cette preuve est encore à faire, et que la méthode d'exploration de Mr ULRICH a dû fourvoyer celui-ci. La tyrosine ne se laisse pas sublimer, et le sublimé reçu de l'urine n'est pas de la tyrosine. Les cristaux obtenus par Mr ULRICH, et dans lesquels il a cru voir ce corps, étaient tout autre chose, et les réactions de couleur données par le sublimé, sont dues à d'autres dérivés monohydroxylés de la benzine, qui peuvent être tirés normalement de l'urine, mais qui ne fournissent pas la moindre preuve de la présence de la tyrosine dans ce liquide.

No 9.

C.-A. LJUNGGREN: **Vessie surnuméraire, avec rétention d'urine.**

Le cas de l'auteur est en résumé le suivant:

Un jeune garçon de 12 ans, qui avait joui auparavant d'une parfaite santé, ressentit subitement, il y a 3 ans, une douleur spasmodique intense dans l'abdomen, laquelle dura environ 2 heures. Des attaques pareilles se répétèrent ensuite en augmentant de fréquence et d'intensité. Elles étaient souvent accompagnées de vomissements. On constatait, pendant les attaques, au point occupé par la vessie, la présence d'une tumeur élastique de la grosseur d'une tête d'enfant, qui disparaissait immédiatement après l'accès. A l'introduction d'un cathéter dans la vessie, l'urine sortait sans que la tumeur abdominale en subît de diminution. Le malade n'avait jamais souffert d'incontinence d'urine, et il n'existait pas de phimosis.

Les douleurs du malade firent procéder à la laparotomie. On constata alors la présence d'une tumeur élastique fluctuante solidement fixée dans le petit bassin, située dans la ligne médiane, et montant presque jusqu'à l'ombilic.

A l'aide d'un cathéter introduit dans l'urèthre, il fut injecté une solution d'acide borique, qui fit paraître la vessie normale devant la tumeur. Cette vessie présentait à peu près les dimensions ordinaires. On pratiqua ensuite l'incision de la tumeur, ce qui provoqua l'écoulement d'une forte quantité d'urine. Les parois de la tumeur se composaient d'une couche séreuse extérieure, d'une mince couche musculaire médiane, et d'une couche intérieure muqueuse. On établit une fistule abdominale, et depuis ce moment le malade se déchargea de son urine aussi bien par cette fistule que par la voie normale. La mesure de la quantité d'urine fit constater qu'il en sortait autant par la fistule abdominale que par l'urèthre. En remplissant aussi fortement que possible la vessie postérieure d'un liquide coloré, il fut impossible de faire sortir ce liquide aussi peu par l'urèthre que dans la vessie normale.

Au bout de quelque temps, on établit une anastomose entre les deux vessies, et la fistule abdominale fut fermée. A cette occasion, pendant laquelle les deux vessies étaient ouvertes, on put constater qu'il n'existait aucune communication entre elles, que l'uréthère de gauche, qui était de la largeur normale, communiquait par une fissure avec le fond de la partie latérale inférieure de la vessie postérieure, et que celle-ci se terminait par une prolongation infundibiliforme sous la vessie normale, sans qu'il fût possible d'en sonder le conduit excréteur. Le malade guérit après l'opération, et s'est parfaitement bien porté depuis lors.

Mr LJUNGGREN essaie ensuite d'expliquer ce cas intéressant; recherchant la manière dont cette vessie postérieure a pu se former, il rend compte des différentes formations pathologiques qui méritent d'être considérées dans ce cas.

Suivant Mr LJUNGGREN, l'anomalie ne saurait être regardée comme un diverticule de la vessie, par le fait que la vessie postérieure n'avait aucune communication avec la vessie proprement dite, et par la circonstance que l'un des urétères s'y terminait.

L'auteur rejette également l'idée qu'elle provînt de la dilatation en poche d'un urétère à issue anormale, d'abord par la raison que tous les cas de cet ordre qui ont montré ce vice de conformation étaient toujours accompagnés de la dilatation de l'urétère dans sa totalité et d'hydronéphrose, ce qui manquait ici, ensuite par le fait que l'urétère ne débouchait pas au sommet de la vessie, mais dans sa partie latérale postéro-inférieure.

Une anomalie de formation consistant en une vessie double formée d'une moitié antérieure et d'une moitié postérieure, avec issue de la partie postérieure dans la partie postérieure de l'urèthre, peut, selon Mr LJUNGGREN, parfaitement expliquer les conditions anatomiques de même que l'image clinique de son cas.

Une division pareille de la vessie en une partie postérieure et en une partie antérieure est extrêmement rare, — il n'en a été communiqué qu'un cas, par PÉAN, et dans ce cas, la vessie postérieure n'était pas totalement séparée de l'antérieure, et il n'y débouchait pas non plus d'urétère —, de sorte que l'auteur n'ose pas se prononcer sur ce mode de formation, d'autant moins que l'on peut, selon lui, se figurer une autre origine propre à fournir l'explication de l'anatomie et de la clinique du cas. Il admet en effet la possibilité de la formation de la vessie postérieure par des restes persistants des conduits de Müller, qui se seront développés en un grand kyste derrière la vessie, dans lequel l'urétère gauche aura débouché par anomalie. L'auteur cite à l'appui de cette hypothèse de nombreux cas de la littérature, montrant que les conduits de Müller peuvent se développer chez l'homme non-seulement en un vagin et en un utérus complets, mais encore en formations plus ou moins infundibiliformes débouchant dans le sinus de la prostate. Mr LJUNGGREN cite en outre un certain nombre de cas montrant que l'urétère peut déboucher anomalement dans l'appareil de Müller.

L'auteur croit devoir laisser indécise la question de savoir en présence de laquelle de ces deux possibilités on se trouve ici.

Les attaques de rétention d'urine dont le malade a souffert pendant les 3 dernières années, sont dues, selon Mr LJUNGGREN, à ce que le développement de la prostate a provoqué, dans le conduit d'écoulement de la vessie postérieure, des courbures ayant produit une fermeture en soupape, en analogie avec ce que l'on rencontre assez fréquemment dans les flexures de l'urétère.

Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.

Experimentela undersökningar öfver desinfektionen af ögats bindehinna.

Af

ALBIN DALÉN.

Amanuens vid Serafimerlasarettets ögonklinik.

Om förekomsten af bakterier å ögats bindehinna.

Då man betänker, att föroreningar af olika slag lätt kunna inkomma i ögats konjunktivalsäck, synes det redan a priori så godt som självklart, att mikroorganismer stundom förefinnas därstädes, men det måste dock blifva den direkta forskningen förbehållet att lemna närmare upplysningar om dessa mikroorganismers frekvens och betydelse.

I viss mon grundläggande för kännedomen om den normala eller kroniskt katarrala bindehinnans bakterier äro FICKS[1]) undersökningar. F. granskade mikroskopiskt konjunktivalsekretet från ett större antal ögon, af hvilka somliga voro fullt friska, andra företedde kronisk katarral konjunktivit.

I en första serie af undersökningar, som verkstäldes å gamla personer (Pfründner des Juliusspitals), funnos 49 bindehinnor, som visade friskt utseende; 39 af dessa innehöllo dock bakterier. I en andra serie af likartade undersökningar, hvilka gälde personer i yngre ålder och i annan samhällsställning (yngre läkare o. s. v.), alla med till det yttre normala ögon, anträffade F. bakterier i 18 fall af 50.

Vid kronisk katarral konjunktivit (36 fall) funnos regelbundet bakterier, oftast i stort antal.

Såsom F. påpekar, ligger det antagandet nära till hands, att bakterier förefunnits åtminstone i en del af de fall, där den

[1]) FICK: Über Microorganismen im Conjunctivalsack. Wiesbaden 1887.

mikroskopiska undersökningen (af ett enda preparat) gaf negatift resultat. Riktigheten af detta antagande konstaterade F. en gång genom odling.

Vid sina försök renodlade F. ur konjunktivalsekretet 6 baciller och 4 kocker, hvilka han noggrant beskrifver.

Redan tidigare hade GIFFORD[1]) lemnat några kortfattade uppgifter om en del bakterier, som han anträffat i friska ögon. GIFFORDs undersökningar gälde emellertid närmast conjunctivitis eczematosa, men för att kunna afgöra, huruvida någon af de vid denna sjukdom funna mikroorganismerna vore för sjukdomen specifik, måste han göra jämförelse med normala förhållanden. Han återfann därvid hos friska ögon de flesta af de bakterier, som han förut renodlat från ögon med conjunctivitis eczematosa.

På ungefär samma sätt ledde sökandet efter trakomets smittämne till ökad kännedom om den normala bindehinnans bakteriehalt. I nu antydda syfte gjorde PETRESCO[2]) och KOUCHERSKI[3]) bakteriologiska undersökningar dels å friska och dels å trakomatösa ögon. Bådadera funno ofta mikroorganismer äfven å normala bindehinnor.

År 1889 publicerade GOMBERT[4]) en utförlig studie öfver den normala bindehinnans bakteriehalt under olika förhållanden (vid olika årstider, i olika omgifning o. s. v.). G. beskrifver noggrant 12 bakteriearter, som oftast anträffats vid hans undersökningar.

Äfven från senare år föreligger en mängd arbeten, som lemna upplysningar om konjunktivalsäckens bakteriehalt. Åtskilliga af dessa arbeten afse närmast att experimentelt belysa frågan om konjunktivalsäckens desinfektion vid ögonoperationer och komma i annat sammanhang att längre fram omnämnas.

Bland de öfriga må anföras LACHOWICZ'[5]) och GELPKES[6]) undersökningar.

---

[1]) GIFFORD: Über das Vorkommen von Mikroorganismen bei Conjunctivitis eczematosa und anderen Zuständen der Bindehaut und Cornea. Archiv für Augenheilkunde 1886, bd XVI, s. 197.

[2]) PETRESCO: Recherches sur la nature microbienne des granulations. Archives d'ophthalmologie 1888, maj—juni, s. 277.

[3]) Anförd efter GOMBERT, s. n.

[4]) GOMBERT: Recherches expérimentales sur les microbes des conjontives à l'état normal. Thèse, Montpellier 1889.

[5]) LACHOWICZ: Über die Bacterien im Conjunctivalsack des gesunden Auges. Archiv für Augenheilkunde 1895, bd XXX, s. 256.

[6]) GELPKE: Der acute epidemische Schwellungskatarrh und sein Erreger (Bacillus septatus). v. GRÆFEs Archiv für Ophthalmologie 1896, bd XLII, IV, s. 97.

Då en utförligare redogörelse skulle taga alt för stor plats, vill jag här endast i korthet påpeka några af de viktigaste slutsatserna, som kunna dragas af de hittils gjorda undersökningarna öfver konjunktivalsäckens bakteriehalt.

Den normala bindehinnan innesluter ofta[1]) bakterier, ehuru antalet sådana i regeln är tämligen litet, (FICK, GOMBERT, V. GENDEREN STORT,[2]) m. fl.).

Sannolikt kunna alla arter, som förefinnas i luften, någon gång — åtminstone tillfälligtvis — anträffas å bindehinnan, men vissa arter — antagligen olika vid olika tider och på olika orter — påträffas mera konstant och kunna betraktas som bindehinnans så att säga habituela invånare (GOMBERT,[3]) BACH,[4]) m. fl.).

Många bland de funna arterna kunna föröka sig å bindehinnan (FICK,[5]) m. fl.). Det förnämsta hindret för deras tillväxt ligger i blinkningen och tårafsöndringen, i det bakterierna med tårströmmen nedföras i näsan (WIDMARK,[6]) V. GENDEREN STORT,[7]) m. fl.)

Möjligen verka tårarna härvid icke blott mekaniskt bortspolande, utan äfven kemiskt (antiseptiskt) (BERNHEIM,[8]) m. fl.).

Vid kroniska konjunktiviter träffas bakterier oftare och i större antal än under normala förhållanden (FICK,[9]) m. fl.).

Viktigare, än hvad som nu blifvit anfördt, är emellertid ett annat, väl konstateradt faktum, nämligen att många bland de

---

[1]) Uppgifterna om, huru ofta den »normala» eller »friska» bindehinnan innesluter bakterier, variera mycket. Såsom LACHOWICZ och GELPKE påpekat, torde skiljaktigheterna till en väsentlig grad bero på, att man tagit benämningarna »normal» och »frisk» i olika sträng bemärkelse. GELPKE själf drager för dessa begrepp så trånga gränser, att han inom de samma egentligen endast kunnat inpassa bindehinnor, tillhörande »barn och damer af högre stånd», och kommer till den slutsatsen, att den »normala» bindehinnan är så godt som steril. LACHOWICZ anger, att 31 % af friska bindehinnor inneslута mikroorganismer. De flesta författare uppge mycket högre tal.

[2]) VAN GENDEREN STORT: Über die mechanische Bedeutung der natürlichen Irrigation des Auges. Archiv für Hygiene 1891, s. 395.

[3]) Anf. st., s. 105.

[4]) BACH: Über den Keimgehalt des Bindehautsackes, dessen natürliche und künstliche Beeinflussung sowie über den antiseptischen Werth der Augensalben. v. GRÆFES Archiv für Ophthalmologie 1894, bd XL, III, s. 132.

[5]) Anf. st., s. 15.

[6]) WIDMARK: Bakteriologiska studier öfver dakryocystit och ulcus serpens corneæ. Nord. med. arkiv 1884, n:r 25, s. 1.

[7]) Anf. st.

[8]) BERNHEIM: Über die Antisepsis des Bindehautsackes und die bakterienfeindliche Eigenschaft der Thränen. Beiträge zur Augenheilkunde 1893, VIII, s. 105.
Idéen om tårarna såsom en antiseptisk vätska har f. ö. uttalats långt tidigare, enligt KNAPP redan af LISTER 1871 (se anm. sid. 7).

[9]) Anf. st., s. 16.

funna arterna hafva patogen natur, och att man icke af bindehinnans utseende kan afgöra, huruvida den innesluter patogena mikroorganismer eller ej (GOMBERT,[1]) WEEKS,[2]) m. fl.).

Bland mera allmänt kända patogena bakterier, som påträffats å normala eller kroniskt katarrala bindehinnor, må nämnas: staphylococcus pyogenes aureus och albus, streptococcus pyogenes och diplococcus pneumoniæ (FRÆNKEL).

Många andra af de funna arterna hafva äfven visat patogena egenskaper i mer eller mindre utpräglad grad.

Beträffande de nyss uppräknade må ett par anmärkningar göras.

Det torde vara osäkert, om den pyogena streptokocken i virulent form anträffats å en frisk bindehinna. FICK[3]) fann å en bindehinna, som var »kroniskt katarral, men utan hvarje retningssymptom» en streptokock, om hvars virulens emellertid ingen uppgift lemnas. BACH[4]) nämner streptococcus pyogenes bland de mikroorganismer, som han renodlat från ögon, hvilka antingen voro fullt friska eller visade »lätta katarrala symptom eller hornhinneaffektioner». Den anträffades i 3 fall af omkring 100 undersökta och visade utpräglad patogenitet för kanincornea; huruvida den härstammade från friska eller sjuka ögon, framgår icke. MORAX[5]) anger, att han vid sina bakteriologiska undersökningar haft sin uppmärksamhet särskildt riktad på den pyogena streptokocken, men aldrig funnit den å en normal conjunctiva. LACHOWICZ[6]) fann en gång »streptococcus pyogenes» i ett friskt öga; patogeniteten pröfvades ej.

Att i fråga varande bakterie spelar hufvudrollen vid den flegmonösa dakryocystitens uppkomst, är sedan gammalt kändt och ofta konstateradt (WIDMARK,[7]) MAZET,[8]) m. fl.). Från tårsäcken kan inflammationen öfvergå på bindehinnan, sålunda gifvande upphof till en akut streptokock-konjunktivit

---

[1]) Anf. st., s. 108.

[2]) WEEKS: Bacteriologische Untersuchungen über die in der Augenheilkunde gebrauchten Antiseptica. Archiv für Augenheilkunde 1889, bd XIX, s. 109.

[3]) Anf. st., s. 47.

[4]) Anf. st., s. 136.

[5]) MORAX: Recherches bactériologiques sur l'étiologie des conjonctivites aiguës et sur l'asepsie dans la chirurgie oculaire. Thése. Paris 1894, s. 108.

[6]) Anf. st., s. 269.

[7]) Nord. med. ark., anf. st. samt: Bakteriol. studier o. s. v. Hygiea 1885, bd. XLVII, s. 584.

[8]) De l'empyème du sac lacrymal. Paris 1895.

(PARINAUD[1]), och efter en flegmonös dakryocystit kan streptococcus pyogenes stundom under flere veckor påvisas i konjunktivalsäcken (MORAX[2]).

Själf har jag i ett fall på en frisk conjunctiva anträffat en icke virulent streptokock, som morfologiskt och i kultur visade god öfverensstämmelse med den vanliga streptococcus pyogenes.

Hvad diplococcus pneumoniæ vidkommer, så hafva GUAITA[3]) och GASPARINI[4]) uppgifvit, att den är en af den normala bindehinnans vanligaste invånare (anträffad enl. GASPARINI i 8 fall af 10). De flesta författare, som lemna uppgifter om den friska konjunktivans bakterier, omnämna icke diplococcus pneumoniæ. UHTHOFF och AXENFELD,[5]) som i sammanhang med sina undersökningar öfver ulcus serpens corneæ, hvilket numera vanligen anses bero på den FRÆNKELska diplokocken, äfven egnade sin uppmärksamhet åt dennes förekomst å den normala bindehinnan, funno den i 30 undersökta fall endast undantagsvis (»nur vereinzelt»). BACH[6]) uppger, att han i motsats till GASPARINI aldrig från konjunktivalsäcken erhållit renkultur af den FRÆNKELska diplokocken.

Enligt MORAX[7]) kan denna bakterie understundom framkalla akuta konjunktiviter, och själf har jag några gånger i sekretet från akut inflammerade bindehinnor erhållit renkulturer af diplococcus pneumoniæ i virulent form.

Att ett öga kan innesluta så farliga gäster som staphylococcus pyogenes aureus och albus utan att till det yttre afvika från det normala, är från flere håll säkert påvisadt. Huru ofta detta är fallet, låter sig däremot för närvarande icke afgöra. Sannolikt har man, såsom MORAX[8]) påpekar, kommit till öfverdrifna föreställningar om den hvita pyogena stafylokockens frekvens och betydelse, i det man med detta namn betecknat en i konjunktivalsäcken ofta anträffad bakterie, som måhända

---

[1]) PARINAUD: Conjonctivite à streptocoques. Annales d'oculistique 1892, CVII, s. 88.

[2]) Anf. st., s. 109.

[3]) GUAITA, de Sienne. Den FRÆNKELska diplokockens betydelse för ögats patologi. Kongressen i Rom 1894. Anf. efter MAZET: Anf. st., s. 16.

[4]) GASPARINI: Sui microorganismi della conjonctiva allo stato normale. Ann. d'ott. XXII anno 1893, s. 488. Anf. efter MAZET: Anf. st., s. 16. och NAGELS JAHRESBERICHT 1893, s. 210.

[5]) UHTHOFF u. AXENFELD: Beiträge zur pathol. Anatomie und Bakteriologie der eiterigen Keratitis des Menschen. v. GRÆFEs Archiv 1896, bd. XLII, I, s. 86.

[6]) BACH: Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung des Pneumoniekokkus in der Pathologie des Auges. Archiv für Augenheilkunde 1895, bd. XXXI, s. 198.

[7]) Anf. st., s. 87.

[8]) Anf. st., s. 106.

icke är identisk med staphylococcus pyogenes albus eller i hvarje fall är en varietet med mycket försvagad virulens (jfr s. 71). För att här nämna ett par siffror må anföras, att WEEKS[1]) vid undersökning af 120 barn med friska ögon uppgifver sig 3 gånger hafva funnit »staphylococcus pyogenes», och att FRANKE,[2]) som undersökte 56 fall med normal eller »nästan normal» bindehinna, 10 gånger fann »staphylococcus pyogenes flavus eller albus», hvilkas patogenitet konstaterades genom inokulation i kanincornea.[3]) FICK anträffade vid sina förut refererade undersökningar staphylococcus pyogenes aureus endast en gång å en fullt frisk bindehinna.[4]) MORAX säger sig aldrig hafva funnit den pyogena stafylokocken å en normal conjunctiva.[5])

Uppgifterna komma i väsentlig mon att blifva beroende af, hvilken betydelse man tillägger begreppen »frisk eller normal», hvilkas begränsning ingalunda är lätt att bestämdt uppdraga (jfr anm. s. 3).

Sedan gammalt känner man, att pyogena stafylokocker ofta anträffas vid blepharitis ciliaris.[6]) FRANKE anmärker också, att han i de flesta fall, där han funnit patogena mikroorganismer på en normal eller »nästan normal» bindehinna, observerat en lindrig blepharitis ciliaris.[7])

Säkert synes vara, att såväl de båda nyss nämnda arterna som patogena mikroorganismer i allmänhet relatift oftare påträffas vid kronisk katarral konjunktivit eller vid konjunktivalhyperemi än under fullt normala förhållanden.[8]) FICK säger i fråga om staphylococcus pyogenes aureus: »Jedenfalls gehört er also zu den häufigsten Bewohnern der leicht catarrhalischen, vielleicht sogar der gesunden Bindehaut.[9])

Äfven om detta omdöme skulle tåla någon modifikation, så är det likväl ett förhållande, som förtjänar beaktas, att de pyogena mikroorganismerna ej sällan förekomma vid kronisk

---

[1]) WEEKS: Anf. st., s. 108.

[2]) FRANKE: Untersuchungen über die Desinfection des Bindehautsackes nebst Bemerkungen zur Bacteriologie desselben. v. GRÆFES Archiv 1893, bd XXXIX, III, s. 1.

[3]) Anf. st., s. 26.

[4]) Anf. st., s. 54.

[5]) Anf. st., s. 107.

[6]) WIDMARK: Bakt. stud. o. s. v., Nord. med. ark. 1884, nr 25, s. 9 samt Bakt. stud. o. s. v., Hygiea 1885, s. 584.

[7]) FRANKE: Anf. st., s. 9.

[8]) FICK: Anf. st., s. 54.

[9]) FICK: Anf. st., s. 45.

konjunktivit. Bland de patienter, som undergå ögonoperationer af det slag, att en infektion är synnerligen att befara, exempelvis starroperationer, utgöres ju flertalet af äldre personer, och bland dessa är en lätt kronisk konjunktivit mycket vanlig (»catarrhus senilis»).[1] Bland 65 starrpatienter fann WEEKS[2] 10 gånger staphylococcus pyogenes. I 6 af dessa fall observerades lätt konjunktivit (i 2 dakryocystit).

Om bindehinnans desinfektion med antiseptiska medel.

Vid tillämpningen af antiseptikens, respektive aseptikens regler intager ögonoperatören i flere hänseenden en gynsam ställning. Operationen tager vanligen mycket kort tid, ofta endast några ögonblick, de använda instrumenten äro i regeln enkla och lätt rengjorda, händerna behöfva sällan komma i beröring med operationsfältet, ligaturer, suturer och kompresser användas föga;[3] därtill kommer, att konjunktivalsäcken i viss grad är försedd med en naturlig dränering genom tårvägarna.[4]

Men just i fråga om själfva operationsfältet ställa sig dock förhållandena icke så alldeles gynsamma. Det har förut påpekats, att detta icke sällan måste betraktas såsom på förhand infekteradt. Att närvaron af patogena mikroorganismer i konjunktivalsäcken icke alltid leder till infektion af operationssåret, är naturligt och har bevisats genom direkta rön, hvarvid man funnit staphylococcus pyogenes aureus såväl före som efter operationen.[5] [6] [7] Här som annorstädes torde bakteriernas kvantitet spela en viktig rol vid sidan af deras kvalitet.

Å andra sidan är det självklart, att virulenta bakterier, äfven om de förekomma i mindre antal, innebära en allvarsam

---

1) Jfr FUCHS: Lehrbuch der Augenheilkunde 1894, s. 57.

2) WEEKS: Anf. st., s. 108.

3) Åtskilliga af dessa förhållanden skola redan hafva blifvit framhållna af LISTER 1871, som äfven skall hafva uttalat, att konjunktivan spolades af en antiseptisk vätska (tårarna); jfr KNAPP: Versuche über die Einwirkung von Bacterien auf Augenoperationswunden. Archiv für Augenheilkunde 1886, bd XVI, s. 167.

4) WIDMARK: Bakteriol. studier o. s. v. Nord. med. ark. 1884, bd 25, s. 1.

5) HILDEBRANDT: Experimentelle Untersuchungen über Antisepsis bei der Staroperation. Beiträge zur Augenheilkunde 1893, VIII, s. 45.

6) FRANKE: Anf. st., s. 10.

7) Jfr äfven BACH: Experimentelle Untersuchungen über die Infektionsgefahr penetrirender Bulbusverletzungen vom inficirten Bindehautsack aus nebst sonstigen Bemerkungen zur Bakteriologie des Bindehautsackes. Archiv für Augenheilkunde 1895, bd. XXX, s. 225. Dessa undersökningar gälla emellertid kaninen, och resultaten kunna ej utan vidare tillämpas på förhållandena hos människan.

fara för ett nyopereradt öga och en eller annan gång kunna medföra dettas förlust. Äfven i de fall, där en påtaglig infektion ej inträder, kunna bakterierna sannolikt försämra resultatet af en operation. Man har åtminstone sökt påvisa ett sammanhang mellan konjunktivalsäckens bakterier och de komplikationer — t. ex. iriter — som understundom inställa sig efter en starroperation, hvilken i öfrigt lyckats väl.[1])

Det måste därför alltid för ögonoperatören vara ett viktigt önskemål att säkert kunna desinfektera ögats bindehinna, men vid realiserandet af detta mål möta vissa svårigheter. Den mekaniska rengöringen, som inom den moderna kirurgien eröfrat alt större plats, kan af naturliga skäl endast i ringa mon användas på ögat. De i egentlig mening antiseptiska medlen måste begagnas i jämförelsevis svag lösning. Bland dessa medel torde sublimatet i den af SATTLER[2]) föreslagna koncentrationen 1 : 5000 åtnjuta största förtroendet.[3]) Af öfriga må nämnas: aqua chlori (ph. german.), PANAS' lösning (kvicksilfverjodid 0,05, alkohol 16, vatten 1000), jodtriklorid 1 : 2000, salicylsyra 1 : 400, borsyra 3 à 4 : 100.

Om alla dessa, och en mängd andra, af enskilda operatörer angifna och förordade antiseptica torde det omdömet gälla, att intet af dem verkar säkrare än sublimat utan att på samma gång medföra större olägenheter än detta.

Sublimatet åter kan icke gärna användas i starkare lösning än den nyss angifna 1 : 5000. Redan i denna koncentration har medlet afsevärda olägenheter (jfr sid. 52). Frågan är sålunda, om äfven en så svag lösning kan utöfva en betryggande antiseptisk verkan.

För ett eller annat årtionde sedan, då man i allmänhet öfverskattade värdet af antiseptica såsom sådana, torde man varit mest böjd att besvara denna fråga jakande. Ännu 1887 finna vi, att ROHMER[4]) i en öfversikt af de i ögonläkekonsten använda antiseptiska medlen säger om sublimatet: »son efficacité est telle que, même à des doses relativement petites ($^{0,20}/_{1000}$), la solution est encore suffisante pour éviter, d'une part, une irritation nuisible sur la conjonctive et la peau environnante et,

---

[1]) HILDEBRANDT: Anf. st., s. 60.

[2]) 15:de kongr. i Heidelberg, 1883.

[3]) Jfr ROHMER: De l'antisepsie en oculistique. Archives d'ophthalmologie 1887, mars—april, s. 148.

[4]) ROHMER: Anf. st., s. 150.

d'autre part, pour désinfecter sûrement le terrain opératoire ou suppuratif». Dock hade redan tidigare en eller annan författare uttalat tvifvel om sublimatets pålitlighet i nu berörda hänseende. Så t. ex. GIFFORD,[1]) som användt sublimatspolningar vid tvänne iridektomier, utförda på ögon med normal bindehinna, och likväl fann mikrokocker i konjunktivalsäcken vid förbandets aftagande. Men sannolikt kan det ofvan anförda yttrandet anses som ett uttryck för den allmännaste uppfattningen vid i fråga varande tid.

Redan samma årgång af archives d'ophthalmologie, hvari ROHMERS uppsats är införd, innehåller emellertid ett meddelande af GAYET,[2]) hvilket är egnadt att ställa säkerheten i annan belysning.

G. pröfvade verkan af antiseptiska sköljningar på en mängd starrpatienter. Han använde dels sublimat 1 : 6000, dels mättad borsyrelösning. Det förra medlet användes i 178 fall och som det synes ytterst energiskt — någon gång ända till 29 sköljningar under loppet af några timmar. Omedelbart efter irrigationen gjordes ympningar i agarrör medels en platinanål, som infördes under öfre ögonlocket. I 139 fall visade sig agarrören fertila, i 39 sterila.

Vid borsyresköljningarna anträffades bakterier 32 gånger af 35. Bland de erhållna mikroorganismerna funnos sådana, som voro patogena för kanincornea.

G. drager af sina försök bl. a. den slutsatsen, att användningen af antiseptica endast utöfvar ett mycket ringa inflytande på konjunktivalsäckens bakterier och i alla händelser ej förmår att åvägabringa en fullständig desinfektion.[3]) Efterföljande forskningar hafva till fullo bekräftat denna slutsats, åtminstone hvad dess senare del vidkommer.

HILDEBRANDT[4]) pröfvade vid en serie starroperationer desinfektionens inverkan på det sättet, att han ympade agar- eller gelatinarör med konjunktivalsekret dels längre eller kortare tid före den i sammanhang med operationen företagna desinfektionen, dels vid förbandsomläggningarna närmast efter operationen. Af de undersökta patienterna — 11 till antalet — ledo

---

[1]) GIFFORD: Anf. st., s. 205.

[2]) GAYET: Recherches expérimentales sur l'antisepsie et l'asepsie oculaires. Archives d'ophthalmologie 1887, september—oktober, s. 385.

[3]) Anf. st., s. 403.

[4]) HILDEBRANDT: Anf. st.

somliga af dakryostenos eller kronisk konjunktivit och behandlades därför någon tid före starrextraktionen.

Vid desinfektionen användes spolningar med sublimat 1 : 5000 eller 1 : 1000 (!), stundom därjämte kraftiga aftorkningar af öfvergångsvecken medelst bomullssuddar, doppade i nämnda lösningar. Under själfva operationen spolades upprepade gånger med sublimat 1 : 5000. Efter den samma anlades stundom torrt förband, stundom fuktades förbandet med sublimat 1 : 5000. I förra fallet inpudrades jodoform i konjunjunktivalsäcken.

Endast i 2 fall lyckades det att så till vida desinfektera bindehinnan, att inga bakterier anträffades vid förbandsomläggningen. (Sterila rör bevisa, såsom H. påpekar, endast en relativ sterilitet — en förminskning af bakteriehalten). I 2 fall gåfvo ympningarna före operationen negatift resultat. I de öfriga utvecklade sig bakterier vid ympningarna såväl före som efter operationen. Detta oaktadt anser H., att antiseptica böra användas vid konjunktivalsäckens rengöring — en åsikt, som han särskildt framhåller gent emot STEFFANS[1]) uppfattning, att antiseptica vid ögats rengöring endast verkade mekaniskt och kunde ersättas med steril koksaltlösning[2]) (jfr sid. 14).

H. söker därjämte, såsom redan förut omnämnts, att påvisa ett samband mellan läkningsförloppet efter operationen och konjunktivalsäckens bakterier på sådant sätt, att läkningen försiggått ostördt i de fall, där patogena bakterier icke anträffats å bindehinnan, under det eljes instält sig rubbningar af lättare eller svårare art (iriter), äfven om suppuration icke inträdt.

Omedelbart efter H. offentliggjorde BERNHEIM[3]) sina undersökningar, hvilka liksom den förres verkstälts å kliniken i Zürich.

B. gick i allmänhet så till väga, att han först infekterade amavrotiska eller starkt amblyopiska ögon med en kultur af

---

[1]) STEFFAN: Weitere Erfahrungen und Studien über die Kataraktextraktion, 1882—1888; Antisepsis und Technik. v. GRÆFES Archiv 1889, bd XXXV, II, s. 171.

[2]) Det skäl, hvarmed H. motiverar sin mening, förefaller ej synnerligen bindande: »Aber der Ansicht (STEFFANS) gegenüber, dass die Desinfektion nur als mechanische Reiningung eine Bedeutung habe, ist hervorzuheben, dass bei drei meiner Fälle eine Herabsetzung der Menge der vorhandenen Staphylokokken sich hat konstatieren lassen» (anf. st., s. 59). A priori är det ju mycket möjligt, att äfven koksaltirrigationer medföra en dylik förminskning — något som också senare försök visa.

[3]) BERNHEIM: Über die Antisepsis des Bindehautsackes und die bakterienfeindliche Eigenschaft der Thränen. Beiträge zur Augenheilkunde 1893, VIII, s. 61.

staphylococcus pyogenes aureus och efter någon tid pröfvade verkan af olika desinfektionssätt på dessa ögon, sedan han först öfvertygat sig om närvaron af den gula stafylokocken i konjunktivalsäcken. De undersökta fallen voro 11. Såsom desinfektionsmedel användes penslingar med liquor chlori (= aqua chl.), med sublimat 1 : 1000, med nitras argenticus 1 : 100 och 1 : 200, med jodtriklorid 1 : 1000 och 1 : 2000; vidare spolningar och aftorkningar med sublimat 1 : 1000 och 1 : 5000 samt i 1 fall instillation af sublimat 1 : 5000 (1 droppe i timmen under 23 timmar).

Liksom HILDEBRANDT ympade B. med en platinaögla, som ströks längs öfvergångsvecken och därpå nedfördes i agar- eller gelatinarör. Han göt därefter alltid ett gelatinarör i en Petris skål, hvarigenom han beredde sig en möjlighet att ungefärligen uppskatta bakteriemängden. Ympningar gjordes dels före, dels efter desinfektionen, dock ej omedelbart, utan längre eller kortare tid efter den samma.

Närmast efter desinfektionen anlades vanligen fuktigt sublimatförband (1 : 5000).

B. undersökte vid sina försök äfven ögonlockskanterna, hvilkas betydelse såsom bakteriehärdar han framhåller.

I sammanfattningen af sina resultat säger B. bl. a.:[1]) »med alla dessa metoder, under användande af de bästa antiseptica har det icke lyckats oss att sterilisera konjunktivalsäcken.» I likhet med HILDEBRANDT uttalar sig B. för användandet af antiseptica, i synnerhet då antalet mikroorganismer är stort, »så mycket mer som en minskning i deras antal låter konstatera sig efter antisepsis» (jfr anm. sid. 10). Han framhåller, att antiseptica möjligen åstadkomma »en öfvergående skada på bakterierna, ett hämmande af deras tillväxt för några få timmar» och tror sig i denna riktning kunna tolka en af honom gjord observation, att efter desinfektionen gelatinarören, som höllos vid rumvärme, ofta förblefvo sterila, under det agarrören, som ställdes i termostat och sålunda erbjödo bakterierna gynsammare temperaturförhållanden, visade sig fertila.[2])

Samma år offentliggjorde FRANKE[3]) sina undersökningar öfver konjunktivalsäckens desinfektion. Han undersökte ett större antal (130) ögon dels med fullt normal, dels med lätt

---

[1]) Anf. st., s. 100.
[2]) Anf. st., s. 101.
[3]) FRANKE: Anf. st.

hyperemisk eller katarral bindehinna, alla dock sådana, att de enligt författarens åsikt icke ur klinisk synpunkt erbjödo någon kontraindikation mot ett operatift ingrepp.

Liksom GAYET företog F. ympningar med konjunktivalsekret omedelbart efter en desinfektion, men till jämförelse gjorde han alltid en ympning omedelbart före den samma. Plattkulturer anlades ej, men F. uppger, att han i allmänhet lätt kunde räkna de å sned agar (i rör) erhållna kolonierna och sålunda uppskatta bakteriemängden.[1])

Vid desinfektionen användes: 1) enkla spolningar med sublimat 1 : 5000 (10 försök); 2) aftorkningar (Auswischen, Abtupfen) af bindehinnan medels bomullssuddar, doppade i sublimat 1 : 5000 samt efterföljande spolningar med samma lösning (50 försök); 3) spolningar med outspädd aqua chlori enl. SCHMIDT-RIMPLERS föreskrift (50 försök); 4) desinfektion enligt E. MEYERS metod (borstning eller pensling af bindehinnan med sublimatlösning 1 : 2500) (10 försök); samt 5) spolningar och aftorkningar med jodtriklorid enligt PFLÜGERS förslag (10 försök).

FRANKES resultat öfverensstämma med de förut anförda författarnes därutinnan, att ingen af de använda metoderna med säkerhet lemnade ett sterilt operationsfält.

Sämst voro spolningar med sublimat 1 : 5000. Hade bakterier anträffats i konjunktivalsäcken före dessa spolningar, så funnos de äfven efter desamma och i lika stort antal (!). Bättre var metoden n:r 2. Denna ledde visserligen ej häller i något fall till fullständig sterilitet, men medförde i 8 fall af 40 (i 10 fall var bindehinnan steril före desinfektionen) en förminskning af bakteriehalten. Obetydligt bättre var den 3:dje metoden. E. MEYERS metod samt användningen af jodtriklorid medförde en förminskad bakteriehalt i 3 fall af 8 och 4 af 7 respektive. F. uppger, att han — i genomsnitt taget — endast vid 24 % af sina försök kunnat påvisa en märkbar förminskning i de för handen varande mikroorganismernas antal.

För att utröna, om de bakterier, som kvarstannade i konjunktivalsäcken efter desinfektionen, hade lidit någon nedsättning i sin »vitalitet» eller virulens, gjorde F. en del andra försök. hvilka längre fram skola utförligare omnämnas.

Liksom HILDEBRANDT och BERNHEIM förordar F. en energisk desinfektion medels antiseptica vid ögonoperationer. Han anser t. o. m. oklokt att använda ett indifferent ämne, såsom fysio-

[1]) Anf. st., s. 7, anm.

logisk koksaltlösning, under själfva operationen, enär man därigenom kan skölja bort sublimatet o. s. v., och sålunda »försvaga desinfektionsmedlets i och för sig ringa verkan».

»Antiseptisk» eller »aseptisk» desinfektion af bindehinnan?

De nu refererade undersökningarna af GAYET, HILDEBRANDT, BERNHEIM och FRANKE torde till fullo bevisa, att vi med nu kända antiseptiska medel och metoder ej kunna åstadkomma en säker desinfektion af konjunktivalsäcken. Samma sak framgår f. ö. af de i det följande omnämnda försöken, som närmast afse att belysa frågan: antiseptik eller aseptik?

En eller annan uppgift i motsatt riktning, att man med det eller det medlet lyckats erhålla fullständig sterilitet å bindehinnan, kan vid sidan af större serier systematiskt utförda undersökningar endast tillmätas en ringa vikt.

Under sådana förhållanden är det naturligt, att tvifvel uppstått, huruvida användningen af antiseptiska medel vid konjunktivalsäckens rengöring medförde någon afsevärd fördel.

Redan innan den experimentela forskningen ådagalagt omöjligheten att säkert desinfektera bindehinnan, hade enskilda författare, hufvudsakligen med stöd af den kliniska erfarenheten, förfäktat den meningen, att man kunde uppnå lika goda resultat med indifferenta, sterila som med starkt antiseptiska lösningar. Så t. ex. STEFFAN, som därjämte ansåg, att en noggrann desinfektion af bindehinnan vore föga värd redan af det skäl, att konjunktivalsäcken vore utsatt för en ständig infektion från näshålan genom tårkanalerna [1]) — en uppfattning, som emellertid ej öfverensstämmer med senare forskningar, enligt hvilka en bakterieinvandring från näskaviteten icke torde förekomma under normala förhållanden. [2])

Ehuru åsikterna om »antiseptikens» och »aseptikens» relativa värde vid ögats rengöring fortfarande äro mycket delade, vill det synas, som om alt flere ögonoperatörer öfvergifvit den stränga »antiseptiken» och mer eller mindre fullständigt öfvergått till en »aseptisk» metod.

Klart är, att frågan icke uteslutande får ses ur så att säga bakteriologisk synpunkt. Man måste äfven taga i betraktande

---

[1]) STEFFAN: Anf. st., s. 172 o. 182.

[2]) BACH: Anf. st., s. 143. Jfr äfven GOMBERT: Anf. st., s. 103.

de jämförda metodernas fördelar och olägenheter i andra hänseenden. Dessa må emellertid för tillfället lemnas å sido. Hvad den »bakteriologiska synpunkten» vidkommer, så skulle man kunna tänka sig, att de antiseptiska medlen vid konjunktivalsäckens rengöring inverka gynsamt på flere sätt, nämligen: 1) genom att mekaniskt aflägsna för handen varande mikroorganismer, 2) genom att direkt döda dylika (genom sin kemiska inverkan), 3) genom att nedsätta »vitaliteten» hos de kvarblifvande, så att deras tillväxt hämmas eller deras virulens minskas.[1])

Om för handen varon af det första bland dessa moment kan något tvifvel ej råda. Att sköljningar, aftorkningar o. s. v., som aflägsna sekret och detritus ur konjunktivalsäcken, äfven aflägsna däri inneslutna bakterier, kräfver intet bevis. Men samma effekt uppnås tydligen äfven med indifferenta medel, och måhända verka dessa härvidlag kraftigare, icke blott emedan de utan fara kunna användas mera rikligt, utan äfven af andra skäl. Man har åtminstone uppgifvit, att t. ex. sublimatets ägghvitekoagulerande egenskap skulle medföra en minskad förmåga att vid irrigationer bortföra i veck och ojämnheter af bindehinnan dolda mikroorganismer.[2]) [3])

En eventuel öfverlägsenhet hos de antiseptiska medlen framför de indifferenta skulle således — åtminstone ur bakteriologisk synpunkt — vara att söka i något af de andra nyss nämnda momenten.

Fastän de svaga antiseptiska lösningar, som kunna användas vid ögats rengöring, icke leda till en pålitlig desinfektion af operationsfältet, så är det dock — a priori — väl tänkbart, att de utöfva en afsevärd antiseptisk inverkan. I denna riktning uttalade sig också A. GRÆFE[4]) gentemot STEFFAN,[5]) som framstält den åsikten, att med sublimatspolningar endast uppnåddes en »groft mekanisk rengöring». GRÆFE säger bland annat: »ich könne die Vermuthung nicht fallen lassen, dass ein Mittel wie

---

[1]) Jfr FRANKE: Anf. st., s. 10.

[2]) GIFFORD: Anf. st., s. 205.

[3]) BERNHEIM: Anf. st., s. 101.

[4]) A. GRÆFE: Fortgesetzter Bericht über die mittelst antiseptischer Wundbehandlung erzielten Erfolge der Staroperationen. v. GRÆFES Archiv 1889, bd XXXV, III, s. 248.

[5]) STEFFAN: Anf. st., s. 181.

Sublimat 1:5000, welches bei halbstündlichem Gebrauche [1] eine vollständige Sterilisierung herbeiführen vermöge, die pathogene Thätigkeit der Bakterien auch bei nur kurzer Einwirkung vermindern werde».

Fäster man sig först vid frågan om virulensen, så är det naturligtvis en vansklig sak att säkert afgöra, huruvida de bakterier, som finnas i konjunktivalsäcken omedelbart efter en desinfektion, äro mindre virulenta än de voro före den samma. Något bevis för att så skulle vara fallet finnes emellertid icke, och de rön, som hittils gjorts, tala däremot.

Att man från en nyss desinfekterad bindehinna erhållit kulturer af bakterier, som visat utpräglad patogena egenskaper, är redan förut påpekadt.

Franke, som gjorde jämförelser mellan stafylokock-kulturer, som han erhållit genom odling från samma bindehinna före och efter desinfektion, kunde ej påvisa någon skillnad. De efter desinfektionen vunna kulturerna framkallade i kanincornea lika svåra ympkeratiter som de andra. [2] Man kan visserligen, såsom F. anmärker, göra den invändningen, att stafylokockerna måhända blifvit virulenta under självfva odlingen på agar. Om denna anmärkning också ej kan frånkännas all vikt, så är den dock måhända ej så »tungt vägande», som F. menar. Analogier från andra håll tala väl i allmänhet därför, att en patogen bakteries virulens minskas vid odling utanför djurkroppen.

Emellertid gjorde F. äfven en del andra försök att lösa frågan. Han utbredde på fast blodserum eller peptonagar ett tunt lager af en stafylokockemulsion och lät desinfektionsmedlet under någon tid inverka på de så preparerade profven. Därefter afhäldes desinfektionsvätskan (sublimat eller aqua chlori) och profven insattes i termostat. De kolonier, som tilläfventyrs nu uppstodo, pröfvades på sin patogenitet. F. anser, att »sådana försök mest likna de förhållanden, som vi i praxis ernå med våra medel» och »säkrast leda till ett opartiskt bedömande af det använda medlets faktiska verkan».

Huruvida detta omdöme är fullt berättigadt, må här lemnas oafgjordt. Emellertid kom F. till det resultatet, att »stafylo-

---

[1] Enligt Koch: Mittheilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte 1881, bd 1. s. 274 och följ. behöfver sublimat 1:5000 $1/4$—$1/2$ timme för att döda resistentare bakterier.

[2] Franke: Anf. st., s. 11.

kocker, som ej dödats af sublimat, resp. aqua chlori, hafva icke genom dessa medel minskats till sin virulens». [1])

Äfven andra forskare, som egnat uppmärksamhet åt denna fråga, hafva kommit till samma resultat. BERNHEIM anser visserligen möjligt, att antiseptica skada bakteriernas »vitalitet» (jfr s. 11), men synes därmed afse deras förmåga af tillväxt, under det han direkt uttalar, att deras virulens ej lider af desinfektionen. [2])

I nu berörda hänseende torde sålunda icke antiseptica ega något företräde. Det återstår då att afgöra, om så svaga antiseptiska lösningar som de, hvilka äro användbara vid ögats desinfektion, kunna utveckla någon afsevärd baktericid inverkan eller möjligen hämma tillväxten hos de mikroorganismer, som ej dödas.

Vid bedömandet af denna fråga har man en viss ledning af de experiment, som blifvit gjorda för att in vitro bestämma desinfektionskraften af de inom ögonläkekonsten använda antiseptiska medlen. Sådana experiment hafva bl. a. SATTLER[3]) och WEEKS[4]) anstält. Jag anför här några af de resultat, hvartill WEEKS kommit.

Vid undersökningen af de flytande desinfektionsmedlen gick W. i allmänhet så till väga, att han doppade en steril platinastaf i en emulsion af bakterier (staphylococcus pyogenes) och därpå nedsänkte stafven för en viss tid i den lösning, hvars desinficierande förmåga skulle bestämmas, hvarefter undersöktes, om bakterierna voro döda eller ej. Denna undersökning synes hafva skett genom odlingsförsök å agar. Närmare uppgifter därom lemnas emellertid ej.

Han konstaterade därvid bl. a., att:

sublimat	1 : 1000	förstörde	vitaliteten	på	45 sek.
»	1 : 5000	»	»	»	3 min.
salicylsyra	1 : 600	»	»	»	1 min.
»	1 : 1000	»	»	»	4 till 5 min.
lapis	1 : 10	»	»	»	4 sek.
»	1 : 100	»	»	»	12 sek.

PANAS' lösning (se s. 8), som enligt W. mycket användes af Amerikas ögonläkare, behöfde för samma ändamål 2 till 3

[1]) Anf. st., s. 15.
[2]) Anf. st., s. 102.
[3]) 15:de kongr. i Heidelberg, 1883.
[4] WEEKS: Anf. st.

dagar. Aqua chlori är, enligt W., i fråga om sina parasitdödande egenskaper ungefär likvärdig med lika starkt retande sublimat- eller lapislösningar. Borsyran visade ingen antiseptisk inverkan. I en mättad borsyrelösning (ungef. 4 %) bibehöllo sig stafylokockerna lefvande ännu efter 10 dagar.

Franke fann vid sina förut omnämnda undersökningar, att i allmänhet inga kolonier utvecklade sig, då sublimat 1 : 5000 eller outspädd aqua chlori i 5 sekunder inverkat på stafylokocker, som i tunt lager utbredts på agar eller blodserum.[1]) I några fall uppstodo dock kolonier efter längre tids (15—30 sek.) inverkan.

Emellertid lemna dylika laboratorieförsök, huru intressanta och upplysande de än äro, intet bestämdt svar på frågan, huru förhållandet ställer sig, då lösningarna användas till desinfektion af bindehinnan. Tydligen befinna sig mikroorganismerna här under helt andra förhållanden, än då de äro utbredda i tunt lager på en platinastaf eller på agar. Man måste därföre göra direkta undersökningar på ort och ställe.

Bestämmer man i ett antal fall konjunktivalsäckens bakteriemängd dels omedelbart före, dels omedelbart efter rengöringen med ett indifferent medel (fysiolog. NaCl-lösning), så erhåller man ett mått på den effekt, som en uteslutande mekanisk rengöring medför. Jämför man denna effekt med den, som uppnås, då — under för öfrigt lika förhållanden — ett antiseptiskt medel användes, så kan en eventuel skillnad anses såsom ett ungefärligt uttryck för detta medels baktericida inverkan.

Att skillnaden äfven i någon mon kan betingas däraf, att den rent mekaniska effekten ställer sig olika för olika medel, är förut påpekadt (jfr s. 14). Praktiskt taget är detta för öfrigt tämligen likgiltigt, då det ju endast gäller att afgöra, huru det bästa resultatet ernås, orsaken må vara den ena eller den andra.

Genom att ytterligare göra jämförande kvantitativa bestämningar af bakteriehalten någon tid efter desinfektionen har man äfven en möjlighet att uppskatta den tillväxthämning, som de antiseptiska medlen tilläfventyrs åstadkomma.

Den förste, som verkstält mera omfattande kvantitativa undersökningar öfver olika medels inverkan på konjunktival-

---

[1]) Franke: Anf. st., s. 15.

säckens bakteriehalt, synes hafva varit MARTHEN.[1]) Hans undersökningar hafva utgått från samma klinik som HILDEBRANDTS och BERNHEIMS, af hvika de utgöra en fortsättning.

Med påpekande däraf, att den kliniska erfarenheten ledt till mycket olika åsikter om det sätt, hvarpå konjunktivalsäcken bör desinfekteras, framhåller M., att den bakteriologiska statistiken synes erbjuda en väg till frågans lösning. Man måste emellertid icke blott undersöka, huruvida bakterier finnas eller icke efter desinfektionen, utan äfven söka bestämma de för handen varande mikroorganismernas antal och, om möjligt, deras art.

Vid sina försök begagnade M. liksom förut HILDEBRANDT och BERNHEIM en platinaögla. Genom strykningar längs undre fornix fyldes denna med konjunktivalsekret och nedfördes därefter i ett rör med smält köttextraktpeptonglycerinagar, hvari möjligen medföljande bakterier afvispades. Agarn göts därefter i en Petris skål, hvarest de erhållna kolonierna sedermera räknades.

Liksom BERNHEIM undersökte M. äfven ögonlockskanten. Han betjänade sig därvid likaledes af en platinaögla, som fördes en gång fram och tillbaka längs den intermarginala randen på undre ögonlocket, hvarefter förfors så som nyss nämnts. Odlingarna företogos i samband med ögonoperationer och gjordes dels längre eller kortare tid före dessa, dels vid 1:sta förbandsomläggningen (24 timmar) efter operationerna. Att göra undersökningar omedelbart efter desinfektionen anser M. mindre ändamålsenligt: dels kan det använda antiseptiska medlet medfölja platinaöglan och hindra bakteriernas utveckling å näringssubstratet, dels är »en momentan sterilitet» i praxis icke nog, utan steriliteten måste ega bestånd, intill dess såret slutit sig och en infektion blifvit omöjlig. De undersökta personerna voro i flertalet fall starrpatienter. Åtskilliga af dem ledo af katarral konjunktivit eller stenosis canalis nasalis och behandlades därför med olika medel — nitras argentic., sublimatspolningar af tårkanalen, i ett fall tillslutning af canal. lacrymal. genom kauterisation — före operationen — understundom äfven under tiden mellan 1:sta proftagningen och operationen.

Såsom desinfektionsmedel vid operationen användes 1) sköljningar och aftorkningar med sublimat 1 : 5000 och 1 : 1000 (14 fall), 2) d:o med mättad salicylsyrelösning (3 fall), 3) d:o

[1]) MARTHEN: Experimentelle Untersuchungen über Antisepsis bei Augenoperationen und die Bakteriologie des Conjunktivalsackes. Beiträge zur Augenheilkunde 1893, XII, s. 1.

med fysiologisk koksaltlösning (9 fall). Ögats omgifning rengjordes i alla fallen med tvål och vatten samt sublimat 1 : 1000. Det förband, som anlades efter sublimatdesinfektionen, var — åtminstone i en del fall — fuktadt med sublimat 1 : 5000; efter koksaltdesinfektionen fuktades förbandet med fysiologisk koksaltlösning.

Resultaten af M:s undersökningar bekräftade först och främst föregående forskares rön i fråga om desinfektionens otillförlitlighet. Endast 2 gånger lyckades det att göra bindehinnan så bakteriefri, att inga kolonier uppstodo vid den efter 24 timmar verkstälda ympningen. Ögonlockskanten visade sig alltid bakteriehaltig. En påtaglig förminskning af bakteriemängden såväl i konjunktivalsäcken som å ögonlocksranden inträdde i ett fall efter sublimatdesinfektion. I öfrigt voro resultaten mycket växlande. Ej sällan var bakteriehalten mycket större vid förbandets aftagande än före desinfektionen.

Hvad förhållandet mellan de antiseptiska medlen — sublimat och salicylsyra — å ena sidan och koksalt å den andra vidkommer, så gåfvo de förra bättre resultat: dels hade sublimat användts i de 2 fall, där inga bakterier anträffades å konjunktivan efter 24 timmar, dels visade sig i genomsnitt starkare ökning af bakteriehalten efter koksalt än efter sublimatdesinfektion, ehuru härutinnan betydliga variationer förekommo. Enligt M. måste därföre — åtminstone från bakteriologisk synpunkt — »antiseptiken» tillerkännas ett bestämdt företräde framför »aseptiken».

Från andra håll hafva emellertid meddelanden framkommit, afseende att bevisa de indifferenta medlens öfverlägsenhet. Man har därvid visserligen i främsta rummet betonat deras företräde såsom mindre retande o. s. v., men därjämte framhållit, att de äfven ur rent bakteriologisk synpunkt gifva ett lika godt resultat som de antiseptiska. Bland tyska författare är det framför alt Stroschein [1]) och Bach, [2]) båda assistenter vid universitetskliniken i Würzburg, hvilka sökt att lemna det experimentela beviset för denna åsikt.

Stroschein angifver endast i korthet, att han gjort jämförande bakteriologiska undersökningar öfver resultaten af sublimat-

---

1) Stroschein: Die Antiseptik bei Augenoperationen in der Würzburger Universitets-Augenklinik. v. Græfes Archiv. 1893, bd XXXIX, 1, s. 256.

2) Bach: Über den Keimgehalt des Bindehautsackes, dessen natürliche und künstliche Beeinflussung sowie über den antiseptischen Werth der Augensalben. v. Græfes Archiv. 1894, bd XL, III, s. 130.

och koksaltdesinfektion, hvarvid han gått så till väga, att han före och efter desinfektionen med en trubbig platinaspatel strukit på conjunctiva tarsi och sedan nedfört spateln i gelatina eller agar samt stundom gjutit näringssubstratet i plattor. Resultatet angifves sålunda: om många mikroorganismer funnos före irrigationen, visade sig alltid en betydlig minskning efter den samma, starkare i samma mon sköljningen upprepats flere gånger; funnos däremot — såsom oftast var fallet — endast få mikroorganismer före, så anträffades i regeln inga efter spolningen. Någon absolut desinfektion kunde lika litet uppnås med det ena som med det andra medlet.

Utförligare undersökningar hafva offentliggjorts af Bach.[1]) Han gjorde ett större antal kvantitativa bestämningar af bakteriemängden dels omedelbart före, dels omedelbart efter en rengöring med fysiologisk koksaltlösning. De undersökta personerna — 39 till antalet — voro dels sådana, som undergingo ögonoperationer, dels »ett antal fall, som ledo af sjukdomar i bindehinna och cornea, men som ej opererades».

Vid de operativa fallen anlades 12 timmar före operationen ett förband, fuktadt i sublimat (1: 5000), »efter föregående rengöring af bindehinnan och ögonlockskanten». Omedelbart före operationen aftogs förbandet, och en ympning gjordes från konjunktivalsäcken, hvarpå desinfektionen verkstäldes så, att ögats omgifning och cilierna rengjordes med tvål och vatten samt sublimat 1: 2000, ögonlockskanterna och bindehinnan däremot sköljdes med fysiologisk koksaltlösning och samtidigt torkades mycket noga med bomullssuddar, doppade i samma vätska.

Vid själfva proftagningen gick B. till väga ungefär såsom Marthen med den skillnad, att han använde en platinaspatel vid undersökningen af ögonlockskanten. I alt undersöktes 42 konjunktivalsäckar och 35 ögonlockskanter.

Resultatet blef:

1) sterilitet (åtminstone relativ):
   a) i konjunktivalsäcken . . . . 16 ggr.
   b) å ögonlockskanten . . . . 17 »

2) minskning af bakteriemängden:
   a) i konjunktivalsäcken . . . . 12 »
   b) å ögonlockskanten . . . . 14 »

---

[1]) Bach: Über den Keimgehalt des Bindehautsackes o. s. v. Anf. st., s. 130.

3) intet märkbart inflytande:

a) i konjunktivalsäcken . . . . 3 ggr.

b) å ögonlockskanten . . . . 1 »

4) en ringa skenbar ökning
i konjunktivalsäcken . . . . 2 »

I de öfriga fallen (9 konj., 3 ögonl. kant.) erhöllos sterila prof redan före rengöringen. BACH jämför nu dessa resultat med dem, som FRANKE[1]), hvilken likaledes gjorde sina undersökningar omedelbart före och efter desinfektionen, uppnådde med antiseptica, och kommer till den slutsatsen, att »genom en mekanisk rengöring med en indifferent, föga retande vätska uppnås vida mera än genom spolningar med antiseptica, hvarvid den mekaniska rengöringen träder i bakgrunden».[2])

Såsom förut nämnts, hade FRANKE ej kunnat konstatera någon verkan af enkla spolningar med sublimat 1 : 5000, under det vid spolningar, förbundna med föregående aftorkningar af öfvergångsvecken medels sublimat 1 : 5000, uppnåtts en minskning af bakteriehalten i 20 % af fallen och vid enkla spolningar med aqua chlori i 27 %. Lägger man härtill, att FRANKE endast 1 gång lyckats göra en förut bakteriehaltig bindehinna steril (åtm. skenbart), så är skillnaden mellan hans och BACHs resultat mycket påfallande, och B. kan synas hafva skäl för sitt påstående, att den »af STROSCHEIN och honom angifna mekaniska rengöringen af konjunktivalsäcken är att anse såsom den f. n. bästa metoden».[3])

Bland franska författare har MORAX [4]) egnat den föreliggande frågan en närmare granskning. Efter att hafva beskrifvit det tillvägagående, som i allmänhet användes vid TERRIERS klinik, där M. verkstält sina undersökningar, och hvilket består uti en rengöring af ögonlocken och omgifvande partier med tvål, vatten och sublimat 1 : 1000 samt sköljning af konjunktivalsäcken med koksaltlösning med eller utan tillsats af natriumsulfat, framhåller M., att detta tillvägagående lemnat utmärkta kliniska resultat, i det att han aldrig (!) konstaterat några tecken till infektion i de fall, där det användts.

Emellertid utbytte M. i en del fall koksaltlösningen mot sublimat 1 : 2000 eller 1 : 4000 och gjorde jämförande bakterio-

---

[1]) Anf. st.

[2]) Anf. st., s. 195.

[3]) Anf. st., s. 203.

[4]) MORAX: Anf. st.

logiska undersökningar rörande de båda medlens verkan De undersökta fallen — flertalet synes hafva varit starrpatienter — visade alla normal conjunctiva »utan spår till injektion». Odlingar företogos omedelbart före och efter desinfektionen samt vid 1:sta förbandsomläggningen (24—48 timmar efter operationen).

MORAX' metod vid proftagningen var något olika de förut omnämnda författarnes. Med en steriliserad pipett göts i konjunktivalsäcken en mindre mängd flytande gelatina, som därstädes fördelades med en platinaögla, hvarpå — efter några sekunder — gelatinan upphemtades med samma pipett och göts i gelatina- eller agarrör, hvilka i sin tur tömdes i Petriska skålar. Genom denna metod vinner man enligt M. den fördelen att få med ett större antal bakterier, under det med användande af platinaögla, på det sätt MARTHEN m. fl. brukat, ofta erhållas sterila skålar.

De hufvudsakliga resultaten af MORAX' experiment voro följande. Före desinfektionen växlade antalet erhållna kolonier mellan 5 och 40, vanligen representerande 4 till 5 olika arter. Omedelbart efter desinfektionen utvecklade sig endast några få kolonier, tillhörande en enda eller på sin höjd 2 olika arter. Vid förbandsomläggningen efter 24 à 48 timmar steg antalet kolonier till 200 à 500 eller flere. Vanligen utgjordes samtliga dessa kolonier af en enda art.

Vid användandet af sublimat voro resultaten »identiska». Vid första förbandsomläggningen erhöllos »200 à 400 kolonier eller flere», i allmänhet representerande en enda art. Huruvida undersökningar gjordes omedelbart efter sublimatdesinfektionen, framgår ej tydligt. Inga patogena mikroorganismer anträffades i något fall.[1])

Då de bakteriologiska resultaten således äro lika, antingen indifferenta eller antiseptiska medel användas, drager M. den slutsatsen, att de senare verka mekaniskt, ej kemiskt rengörande vid bindehinnans desinfektion. De indifferenta medlen såsom mindre retande äro att föredraga.

MORAX framhåller, att man ej får draga alt för bestämda slutsatser af den olikhet i bakteriehalten, som förefinnes vid 1:a förbandsomläggningen i olika fall. Då det är upphäfvandet af blinkningen, som är den väsentligaste orsaken till mikroorganis-

---

[1]) Anf. st., s. 126.

mernas ökning under förbandet, så inverkar nämligen förbandet olika, alt efter som det åstadkommer en svagare eller starkare kompression, m. a. o. alt efter som det mer eller mindre fullständigt hindrar blinkningen. Detta påstående bestyrkes genom en intressant observation. Hos samma patient opererades efter hvartannat vänstra och högra ögat. Efter första operationen anlades hårdt åtsittande förband. 19 dar därefter opererades det andra ögat, hvarvid anlades ett löst förband, som föga hindrade ögats rörelser. I båda fallen aftogs förbandet efter 24 timmar. Från det först opererade ögat erhöllos före operationen 39 kolonier och vid 1:a förbandsomläggningen öfver 500; från det sist opererade erhöllos resp. 25 och 10.

I ett helt nyss utkommet kortare meddelande har BACH [1]) ånyo tagit till orda i frågan. Han påpekar däri, att hans förra jämförelse mellan hans egna och FRANKES undersökningar endast visar fördelen af en mekanisk rengöring framför en enkel antiseptisk spolning. [2]) För att noga kunna uppskatta resultaten af ett aseptiskt och ett antiseptiskt tillvägagående måste, säger B., samma person göra försök efter en och samma metod med såväl antiseptiska som indifferenta lösningar.

I 25 fall har nu B. utbytt koksaltet mot sublimat (1 : 3000) vid konjunktivalsäckens rengöring, hvilken för öfrigt verkstälts på samma sätt som vid hans tidigare offentliggjorda försök med fysiologisk koksaltlösning. Icke blott normala ögon, utan äfven sådana med mer eller mindre utpräglad konjunktivalkatarr undersöktes.

För att ej erhålla sterila skålar infekterade B. ofta på förhand bindehinnan med en icke patogen bakterie — en enligt B. oviktig ändring i försöksanordningen.

Vid en jämförelse mellan rengöring med sublimat 1: 3000 och med fysiol. koksaltlösning (de förut offentliggjorda försöken) ställa sig resultaten enligt B. på följande sätt:

1) fullständig sterilitet:

	Sublimat.	Koksalt.
a) i konjunktivalsäcken	40 %	40 %
b) å ögonlockskanten	56 »	50 »

[1]) BACH: Antisepsis oder Asepsis bei Bulbusoperationen? Vergleichende bacteriologische Studie. Archiv für Augenheilkunde, 1896, bd XXXIII, s. 1.

[2]) Detta är ej fullt riktigt så till vida, att FRANKE vid sina flesta undersökningar och speciellt i fråga om sublimatet, som jämförelsen närmast afser, jämte spolningar använde torkningar med bomullssuddar, således en »mekanisk rengöring» af samma slag som B:s. Att emellertid den senares jämförelse af flere skäl är föga bevisande, måste medgifvas (jfr s. 24).

2) minskning af bakteriehalten:

	Sublimat.	Koksalt.
a) i konjunktivalsäcken	44 %	30 %
b) å ögonlockskanten	44 »	42 »
3) skenbar ökning:		
i konjunktivalsäcken	16 »	5 »

Till jämförelse framdrager B. å nyo FRANKES resultat: sterilitet i 0,75 % och minskning i 24 % samt upprepar, att den »mekaniska rengöringen» lemnar bättre resultat än antiseptiska spolningar. Därjämte påpekar han, att effekten stält sig ungefär lika, vare sig sublimat eller koksalt användts vid den »mekaniska rengöringen»; en bakteriedödande inverkan af det antiseptiska medlet kunde sålunda ej konstateras.

Ehuru B. anser flere undersökningar erforderliga, innan man kan draga fullt säkra slutsatser om de båda olika medlens inverkan på bakteriehalten i konjunktivalsäcken, uttalar han dock den meningen, att de indifferenta medlen måste tillerkännas företrädet, t. o. m. om kontrollundersökningar skulle visa, att antiseptica till en viss grad hafva företräde ur exklusift bakteriologisk synpunkt, detta på grund af aseptikens stora, rent kliniska företräden.

För öfrigt betyder enligt B. några bakterier mer eller mindre föga, en åsikt som han så till vida omsatt i praktisk tillämpning, att han numera endast spolar, ej aftorkar bindehinnan med fysiologisk koksaltlösning. [1])

Såsom af nu lemnade redogörelse framgår, hafva hittils gjorda jämförelser mellan »antiseptisk» och »aseptisk» desinfektion af konjunktivalsäcken ledt till olika slutsatser. MARTHEN anser antiseptiken att föredraga, MORAX och BACH gifva aseptiken företrädet.

BACHS uttalanden grunda sig emellertid icke uteslutande på hans egna undersökningar utan äfven på en jämförelse mellan dessa och FRANKES. En dylik jämförelse kan emellertid, såsom B. själf synes medgifva, endast tillmätas en ringa vikt, alldenstund olika undersökningssätt m. m. kunna i afsevärd grad inverka på resultatet. Att detta egt rum i nu i fråga varande fall, synes mig antagligt redan af det skäl, att skillnaden mellan de uppnådda resultaten är så ofantlig. FRANKE fick konjunktivalsäcken steril endast i 0,75 %, BACH i 40 % (!). Och dock

---

[1]) Anf. st., s. 9.

använde äfven F., såsom förut påpekats, i många fall icke blott sköljningar med sublimat, utan förband därmed aftorkningar med bomullssuddar, fuktade i sublimat (jfr anm. s. 23).

Mera bevisande är jämförelsen mellan de resultat, som B. uppnådde vid sina egna experiment. Här skulle dock bland annat kunna anmärkas, dels att sättet att på förhand infektera bindehinnan måhända ej är en så alldeles oviktig ändring i försöksanordningen, som B. menar, dels att B. vid sina försök användt icke blott friska personer utan äfven sådana, som lidit af konjunktival- eller kornealaffektioner. Det är svårt att veta, om inflytandet häraf blifvit jämnt fördeladt på båda sidor, d. v. s. på de antiseptiskt och de aseptiskt desinfekterade fallen.

Marthen och Morax undersökte båda vid 1:a förbandsomläggningen. Härvid fann Marthen starkare ökning efter koksalt än efter sublimat, Morax kunde ej konstatera någon skillnad. Skälen härtill kunna vara mångahanda. Självfva metoden att bestämma konjunktivalsäckens bakteriemängd, vare sig med platinaögla såsom Marthen eller enligt Morax' metod, lemnar naturligtvis åtskilligt öfrigt att önska i fråga om noggrannhet och fordrar åtminstone ett stort antal försök för att lemna något så när säkra resultat. Vida viktigare torde emellertid vara, att utom självfva desinfektionsmetoden en mängd andra faktorer inverka på bakteriehalten vid 1:a förbandsomläggningen. En sådan är förbandets tryck, hvars olika verkan i olika fall framgår af Morax' förut omnämnda fall. Men härtill komma slemhinnans beskaffenhet, tårvägarnas permeabilitet, tårsekretionens lifighet o. s. v., alt omständigheter, som kunna inverka mycket olika i olika fall. Detta torde vara händelsen redan under normala förhållanden, men gör sig ännu mera gällande vid patologiska. Morax' fall angifvas såsom fullt normala, men bland Marthens försökspatienter ledo många af konjunktivit eller stenosis canalis nasalis, och understundom behandlades dessa åkommor t. o. m. under tiden mellan första och andra undersökningen.

En jämförelse under sådana förhållanden blir en vansklig sak, och synes i alla händelser böra stödjas på flere försök, än dem Marthen verkstält.

Egna undersökningar öfver sublimat- och koksaltdesinfektion af bindehinnan.

Frågan om bästa sättet att desinfektera konjunktivalsäcken vid ögonoperationer är emellertid af så stor praktisk vikt, att förnyade undersökningar äro väl på sin plats, så mycket mer som det allmänt erkännes, att ett säkert omdöme endast kan grundas på ett stort statistiskt underlag. På uppmaning af professor WIDMARK, som välvilligt stält det erforderliga materialet till mitt förfogande, har jag å Serafimerlasarettets ögonklinik utfört en serie jämförande undersökningar öfver sublimat- och koksaltdesinfektion, väsentligen ur bakteriologisk synpunkt. Till dessa undersökningar har jag fogat ett antal försök, som afse att belysa:

a) i hvad mon bakteriehalten i konjunktivalsäcken minskas efter aftagandet af ett under någon tid buret förband;

b) huruvida antiseptiskt och aseptiskt förband utöfva olika inflytande på konjunktivalsäckens bakteriehalt; samt

c) om jodoforminpudring i konjunktivalsäcken utöfvar ett afsevärdt inflytande på dess bakteriehalt.

De först nämnda jämförande undersökningarna öfver sublimat- och koksaltdesinfektion, hvilka påbörjades i december 1895 och afslutades i oktober 1896, hafva samtliga utförts å patienter — flertalet starrpatienter — hvilka varit intagna å Serafimerlasarettets ögonafdelning. Endast i några få fall undersöktes ögon, hvilkas conjunctiva eller tårvägar i märkbar grad afveko från det normala.

Vid de operativa fallen pröfvades tårvägarnas permeabilitet vanligen medels profsköljning, hvarvid användes en ANELs spruta med fin spets, någon gång medels profsondering. I hvilketdera fallet som hälst gjordes denna pröfning först efter desinfektionsförsöken för att icke därigenom framkalla någon starkare konjunktivalretning. Vid de icke operativa fallen räknades tårvägarna såsom normala, så framt undersökning af tårpunkter och tårsäck (tryck) icke påvisade något abnormt, samt patienten enligt egen uppgift ej besvärats af tårflöde.

Experimenten företogos nästan alltid genast efter patientens inkomst på lasarettet, före och oberoende af den operation, som tillernades. Härigenom vans den fördelen, att proftagning, förbandstid o. s. v. kunde anordnas efter önskan; verkställer

man sina försök i samband med operationen, är man naturligtvis bunden af hänsyn till denna.

Jämförelsen gjordes alltid mellan båda ögonen hos samma person, så nämligen, att vid samma tillfälle sublimat användes å det ena ögat, koksalt å det andra, hvarefter förband anlades å båda ögonen för en viss tid.

Detta tillvägagående — att göra jämförelsen mellan båda ögonen hos samma patient — hvilket, så vidt iag funnit, ej förut blifvit användt vid jämförande desinfektionsförsök, medför tydliga fördelar. De individuela förhållandena hos olika personer äro, såsom förut påpekats, sannolikt mycket olika och deras inflytande svårt att uppskatta. Väljer man till jämförelse höger och vänster öga hos samma person, så bortfaller denna olägenhet åtminstone till en stor del. Under normala förhållanden synas de båda ögonen hos samma individ vanligen förete ganska stor likhet i bakterielt hänseende. GOMBERT fann vid upprepade undersökningar af sina egna ögon alltid samma bakteriearter och ungefär i samma antal i dem båda.[1]) Själf har jag visserligen understundom funnit bakteriemängden olika på högra och vänstra sidan, men däremot nästan konstant samma arter å båda sidor. Då nu utan tvifvel olika mikroorganismer visa olika resistens mot desinfektion,[2]) så är det en fördel, att samma arter förefinnas i de jämförda fallen. Äfven många af de faktorer, som inverka på bakteriernas tillväxt efter desinfektionen (förbandets tryck, blinkningen, tårsekretionen m. m.) torde ställa sig ungefär lika för båda ögonen under ett binokulärt förband.

Efter desinfektionen har jag anlagt torrt, sterilt förband. Jag ansåg visserligen icke omöjligt, att ett förband, som fuktats med sublimat, i praxis kunde ega vissa fördelar, men ville ej i försöksanordningen inskjuta ett moment, som möjligen kunde verka olika i olika fall.[3])

Förbandet aftogs i en del fall efter 5—8, i andra efter 12—14 timmar. Orsaken till att dessa tider valdes är dubbel. Dels har vid föregående försök i liknande syfte, där förband användts, detta i allmänhet ej aftagits förr än efter 1 à 2 dygn, och mina undersökningar kunde således i viss mon fylla en lucka, dels torde det vara bakteriehaltens förhållande under

---

[1]) GOMBERT: Anf. st., s. 30.

[2]) Jfr anm. under försök I. Jfr också MORAX: Anf. st., s. 124.

[3]) Jfr MARTHEN: Anf. st., 48.

tiden närmast efter en operation, som praktiskt taget har den största betydelsen. Mången gång är ju främre kammaren efter en starroperation återbildad inom kortare tid än 12 timmar,[1]) och därmed torde den största faran för en infektion vara förbi, om också enskilda fall tala för, att en infektion kan inträda långt senare.[2])

Vid självfa desinfektionen har jag anslutit mig till den metod, som sedan någon tid användts å härvarande ögonklinik, och hvilken redan tidigare beskrifvits.[3]) [4]) Jag anför här delvis den af prof. WIDMARK lemnade beskrifningen.

»Vid inkomsten å lasarettet erhåller patienten ett bad, iföres lasarettets kläder och lägges så vidt möjligt i ett särskildt rum. Ögat och dess adnexer undersökas noga. Särskild uppmärksamhet fästes vid tårkanalerna, hvilka vid minsta anledning noggrant behandlas. Strax före operationen indrypes i patientens öga 1—2 droppar steriliserad 4 % kokainlösning. Därefter tvättas de slutna ögonlocken och deras omgifning med tvål och ljumt vatten. Sedan sköljes med ljumt vatten och aftorkas med en bomullssudd, fuktad i sprit, hvarefter sköljes med sublimat 1 : 1000. Därpå indrypes å nyo 1—2 droppar 4 % kokainlösning. Sedan gnides huden och särskildt cilieränderna med bomull, doppad i sublimat 1 : 1000. Därefter erhåller patienten för 3:e gången 1—2 droppar kokain. Hufvudets hårklädda del omviras med en i sublimat doppad binda. Ett par minuter efter tredje kokain-indrypningen sköljes konjunktivalsäcken med sublimat 1 : 5000, hvarvid patienten uppmanas att rikta blicken åt olika håll. Ögonlocken everteras och conjunctiva tarsi torkas lätt och varsamt med en bomullssudd, doppad i sublimat 1 : 5000. Efter sublimatet sköljes med steriliserad fysiologisk koksaltlösning. Om under operationen sköljning företages, sker den uteslutande med steriliserad koksaltlösning. Efter operationen öfvergjutes konjunktivalsäcken med samma vätska. Om tårkanalen eller ögonlocksränderna företett några förändringar, inpudras en ringa mängd jodoform. Jodoformen ångsteriliseras i små paket af filtrerpapper omkring $^1/_2$ timme. Hvarje paket innehåller så mycket jodoform, som

[1]) STROSCHEIN: Anf. st., s. 275 fann »påfallande ofta» främre kammaren efter starroperationer återbildad redan efter 6—7 timmar.

[2]) Jfr A. GRÆFE: Anf. st., sid. 255.

[3]) F. KAYSER: Om det enkla starrsnittet o. s. v. Hyg. 1895, s. 37.

[4]) WIDMARK: Om kokain och desinfektion af ögat vid starroperationer. Hyg. 1895, s. 238.

afses för en operation. Ögat täckes därefter med borlint, doppad i sublimat 1 : 5000, samt steriliserad bomull. Vatten, koksaltlösning, kokainlösning m. m., äro steriliserade genom kokning, förbandsartiklarna steriliseras i strömmande vattenånga.» Till denna beskrifning har jag föga att tillägga. Vid mina försök har jag aftorkat icke blott cilierna utan äfven själfva ögonlockskanterna med små bomullssuddar, doppade i sublimat 1 : 1000, hvarvid noga tillsetts, att denna starka lösning ej inträngt i konjunktivalsäcken. Vid sköljningen af konjunktivan har vätskan fått strömma ur stora bomullssuddar, hvilka doppats i sublimat-, resp. koksaltlösningen. Kokain har ej användts och naturligtvis ej häller jodoform.

Att sublimatförbandet ersatts af torrt, sterilt sådant, är redan förut nämndt.

Vid desinfektionen af ögats omgifning och ögonlocken synes något skäl till ändring i den nyss beskrifna metoden f. n. icke förefinnas. Det använda tillvägagåendet vållar icke patienten några olägenheter och öfverensstämmer med hvad FÜRBRINGER [1]) funnit ändamålsenligt för en pålitlig desinfektion af händerna. Lika litet har jag ansett det nödigt att utbyta sublimat (1 : 1000) mot något indifferent medel vid ciliernas och ögonlocksrandens rengöring. Den enda olägenhet, som sublimatet här skulle kunna medföra, nämligen att något däraf inträngde i konjunktivalsäcken och skadade cornea, kan med någon försiktighet lätt undvikas.

Annorlunda ställer sig förhållandet vid själfva bindehinnans desinfektion. Såsom af beskrifningen framgår, har vid Serafimerlasarettets ögonklinik användts sublimat 1 : 5000, hvilket mot slutet af desinfektionen ersatts med steril fysiologisk koksaltlösning. Genom detta utbyte torde visserligen faran för hornhinnegrumlingar — sublimatets förnämsta olägenhet — i väsentlig mon förringas, men tillräckligt många olägenheter — sveda, epitelialerosioner, ökad konjunktivalsekretion — kvarstå dock för att motivera en önskan att helt och hållet kunna undvika sublimatet vid bindehinnans desinfektion. På dessa grunder hafva försöken anordnats så, att det ena ögat desinfekterats helt och hållet på förut angifvet sätt, under det fråga om det andra den ändring vidtagits, att sublimat icke

---

[1]) FÜRBRINGER: Untersuchungen und Vorschriften über die Desinfektion der Hände des Arztes. Wiesbaden 1888.

användts till sköljning af konjunktivalsäcken, utan fullständigt ersatts med steril, fysiologisk koksaltlösning. Lika stora kvantiteter sköljvätska hafva användts å båda sidor: å den ena omkring 200 gm sublimat- + 100 gm koksaltlösning, å den andra omkring 300 gm koksaltlösning.

För att bestämma bakteriemängden har jag användt samma metod som MARTHEN m. fl. Under det patienten riktat blicken uppåt, har undre ögonlocket dragits något nedåt, hvarefter en platinaögla upprepade gånger strukits fram och tillbaka längs undre fornix, så att den fylts med konjunktivalsekret. Öglan har därefter nedförts i ett profrör med smält 40° köttvattenpeptonagar, hvari dess innehåll afvispats. Sedan har röret tömts i en Petris skål, som insatts i termostat vid 37°. Antalet kolonier har räknats med blotta ögat.

I några fall använde jag jämte agar- äfven gelatinaplattor. Dessa erbjödo emellertid flere olägenheter — långsam utveckling af kolonierna, smältning af gelatinan o. s. v. — hvarföre jag afstod från dem.

Huruvida MORAX' metod, hvarom jag erhöll kännedom först efter det mina nu i fråga varande undersökningar redan voro afslutade, lemnar bättre resultat än den metod jag användt, kan jag ej afgöra. I hvarje fall synes den vara mycket besvärligare. M. angifver såsom företräde hos sin metod, att man med den samma erhåller flere kolonier, under det man medels MARTHENS m. fl. metod ofta erhåller sterila skålar. Vid de fall, som jag undersökt, har jag emellertid så godt som alltid erhållit ett större eller mindre antal kolonier ur en med konjunktivalsekret fyld ögla.

Prof hafva tagits 1) omedelbart före desinfektionen, 2) omedelbart efter desinfektionen, 3) vid förbandets aftagande. För att göra resultatet så tillförlitligt som möjligt har jag i allmänhet tagit 4 prof från hvartdera ögat före desinfektionen och lika många vid förbandets aftagande. Däremot har jag vanligen endast tagit 1 prof omedelbart efter desinfektionen. Särskildt då sublimat användes, inträder omedelbart efter irrigationen ofta en stark tårsekretion, och en kvantitativ bestämning vid detta tillfälle syntes mig därför blifva mycket osäker, äfven om flere prof togos. Då flere prof tagits, har detta skett alternerande från högra och vänstra ögat för att därigenom kompensera det inflytande, som en genom undersökningen framkallad ökad tårsekretion eller blinkningsfrekvens kunde medföra.

Jämförelsen mellan sublimat- och koksaltdesinfektion af konjunktivalsäcken omfattar 30 fall. I 18 af dessa anlades förband för 12—14 timmar, i 12 för 5—8 timmar.

Försök I.

N. D. C. 59-årig man. Diagnos: glaucoma simplex oc. amb. Bindehinnan visar inga anmärkningsvärda förändringar. Pat. har aldrig besvärats af tårflöde. (Vid efter försöket gjord profsondering visade sig emellertid båda canales nasales obetydligt stenoserade, ungefär lika mycket å båda sidor, hvarföre Bowmans operation gjordes, innan högra ögat opererades.) Försöksanordning, den förut beskrifna. Den högra bindehinnan desinfekteras med sublimat och koksalt, den vänstra endast med koksalt. Måttlig sveda i högra ögat under ett par timmar efter desinfektionen, ingen sveda i vänstra ögat. Torrt, sterilt förband i 12 timmar. Vid förbandets aftagande är det högra ögat något injicieradt och innehåller rikligare konjunktivalsekret än det vänstra, som är retningslöst. Operation (iridektomi) gjordes en vecka efter försöket; intet tecken till infektion. Resultatet af den bakteriologiska undersökningen framgår af följande öfversikt:

	Sublimat (H. ö.)				Koksalt (V. ö.)			
	1:a prof.	2:a prof.	3:e prof.	Medeltal.	1:a prof.	2:a prof.	3:e prof.	Medeltal.
Omedelbart före desinfektionen .	100	150	102	117	50	145	90	95
» efter » .	0	—	—	0	2	—	—	2
» » förbandets aftag.	8	3	12	8	20	17	40	26
1 timme » » » .	5	4	4	4	12	11	25	16

I detta fall anträffades före desinfektionen endast 2 olika bakteriearter, hvilka bildade mikroskopiskt lätt skiljbara kolonier å agar. Den ena utgjordes af den å sidan 69 närmare beskrifna mikrokocken, som i åtskilliga hänseenden påminner om staphylococcus pyogenes albus, den andra af den å sid. 77 beskrifna »klubbformade» bacillen. Den senare bildade de ojämförligt flesta kolonierna.

Efter desinfektionen (vid förbandets aftagande) var däremot bacillen nästan fullständigt försvunnen, och de då erhållna kolonierna utgjordes så godt som uteslutande af den nyss nämnda mikrokocken. Samma rön gjorde jag vid de följande försöken ganska ofta beträffande de båda i fråga varande arterna, hvilka voro de vanligast förekommande och ofta träffades gemensamt.

Den »klubbformade» bacillen påverkas sålunda betydligt starkare af desinfektionen, men påtagligen är det här fråga endast om ett mekaniskt aflägsnande genom sköljningen, alldenstund någon skillnad ej kunde konstateras, vare sig sublimat eller koksalt användes.

Försök II.

O. K. K. P. 25-årig man. Diagnos: cataracta secundar. oc. sin. (efter en traumat. starr). Båda ögonen fullkomligt retningslösa. Conjunctiva och tårvägar utan anmärkning. Försöksanordning, den vanliga. Intet anmärkningsvärdt subjektift obehag af sublimatdesinfektionen, men vid förbandets aftagande något starkare sekretion å det sublimatdesinfekterade än å det andra ögat. Torrt, sterilt förband under 12 timmar. (Detta försök gjordes i samband med en operation (discission å v. ö.) och utgör så till vida ett undantag (det enda) från den förut angifna regeln, att undersökningarna företagits oberoende af operationerna. Då emellertid operationen var af den art, att den ej hindrade en noggrann proftagning efter 12 timmar, torde detta försök kunna likställas med de öfriga.)

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (V. ö.)				Koksalt (H. ö.)			
	1	2	3	medeltal.	1	2	3	medeltal.
Omedelbart före desinfektionen	16	47	95	53	20	60	65	48
» efter »	0	—	—	0	0	—	—	0
» » förbandets aftagande .	28	54	15	32	120	55	60	78

Försök III.

A. K. A. 69-årig kvinna. Diagnos: cataracta senilis mat. oc. dx., cataracta incip. oc. sin. Pat. uppger, att vänstra ögat ibland plägat rinna »i blåst». Ur vänstra tårsäcken kan understundom frampressas en liten klar droppe, aldrig mukopurulent vätska. Profsondering af canalis nasalis visar ingen stenos. Den vänstra konjunktivan möjligen något injicierad. Eljes intet att anmärka. Inga subjektiva symptom från bindehinnan. Försöksanordning, den vanliga. Sublimatdesinfektionen framkallar lindrig sveda. Torrt, sterilt förband under 13 timmar. Vid förbandets aftagande vänstra ögat något injicieradt samt med rikligare konjunktivalsekret än det högra. Två dagar efter försöket gjordes starrextraktion å höger öga. Intet tecken till infektion.

(Då detta fall icke visade fullt normala förhållanden å vänstra ögat, kan det måhända lämpligast uteslutas ur jämförelsen. Dock voro förändringarna i det hela tämligen obetydliga.)

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (V. ö.)					Koksalt (H. ö.)				
	1	2	3	4	Medeltal.	1	2	3	4	Medeltal.
Omedelbart före desinfektionen . . .	60	61	26	42	47	100	120	55	31	77
» efter » . . .	0	—	—	—	0	5	—	—	—	5
» » förbandets aftagande	71	80	38	65	64	18	58	17	24	29

Försök IV.

J. E. D. 70-årig man. Diagnos: cataracta senilis hypermat. oc. sin., cataracta incip. oc. dx. Bindehinna och tårvägar utan anmärkning. Försöksanordning, den vanliga. Nästan intet subjektift obehag af desinfektionen. Torrt, sterilt förband under 14 timmar. Ingen betydligare konjunktivalsekretion å någotdera ögat vid förbandets aftagande. Starrextraktion på vänstra ögat gjordes 2 dagar efter försöket och följdes af normalt läkningsförlopp.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (H. ö.)				Koksalt (V. ö.)			
	1	2	3	Medeltal.	1	2	3	Medeltal.
Omedelbart före desinfektionen	70	60	82	71	100	110	40	83
» efter »	3	—	—	3	2	—	—	2
» » förbandets aftagande . .	450	440	390	427	400	210	350	320

Försök V.

K. K. P. 74-årig kvinna. Diagnos: cataracta senilis mat. oc. dx., cataracta incip. oc. sin. Conjunctiva och tårvägar utan anmärkning. Försöksanordning, den vanliga. Torrt, sterilt förband å båda ögonen. Efter omkring 9 timmar aftog patienten af missförstånd förbandet. Sedan hon varit utan förband i 13 timmar, togos nya kontrollprof, hvarefter desinfektion gjordes och förband anlades på alldeles samma sätt som första gången. Förbandet låg nu i 14 timmar. Vid desinfektionen och under ett par timmar efter den samma lindrig sveda i det sublimatdesinfekterade ögat. En ringa mängd sekret i båda ögonen vid förbandets aftagande. Starrextraktion å höger öga gjordes 3 dagar efter försöket. Läkningsförloppet normalt.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (V. ö.)				Koksalt (H. ö.)			
	1	2	3	medeltal.	1	2	3	medeltal.
Omedelbart före första desinfektionen . .	17	80	48	48	24	12	21	19
» efter » » . .	2	—	—	2	1	—	—	1
» före andra » . .	7	4	2	4	9	11	5	8
» efter » » . .	1	—	—	1	2	—	—	2
» » förbandets aftagande . .	2	8	20	10	9	16	33	19

För fullständighetens skull äro här anförda äfven de tal, som erhöllos före och efter första desinfektionen. Vid en jämförelse torde det vara riktigast att taga mest hänsyn till det andra försöket, alldenstund den minskning, som förefinnes före den senaste desinfektionen, måhända ej är en direkt följd af den första desinfektionen, utan framkallats af tårflöde o. d. under mellantiden.

Försök VI.

G. F. L. 73-årig kvinna. Diagnos: cataracta senilis mat. oc. sin., cataracta intumesc. oc. dx. Båda ögonen visa en lindrig kronisk konjunktivit. Patienten uppger, att ögonen plägat rinna sedan lång tid tillbaka. Vid sondering, som gjordes en vecka före försöket, befunnos båda canales nasales stenoserade (Bowmans sond II nedfördes trögt å vänster, något lättare å höger sida). Före försöket har patienten sonderats ett par gånger, men ej erhållit någon behandling för konjunktiviten. Försöksanordning, den vanliga. Torrt, sterilt förband under 14 timmar. Vid desinfektionen ringa sveda i höger öga, där sublimat användes. Vid förbandets aftagande rikligt sekret i båda konjunktivalsäckarna, mest i den högra. 4 prof tagas före desinfektionen, 1 omedelbart efter den samma och 4 vid förbandets aftagande, alt från hvartdera ögat.

Samtliga profven förblifva sterila.

Detta fall, där såväl conjunctiva som tårvägar företedde påtagliga förändringar, lämpade sig tydligen mindre väl för en jämförelse mellan sublimat och koksaltdesinfektion.

Orsaken, hvarför det här i tur och ordning anföres, är det öfverraskande resultatet af undersökningen, i det samtliga profven befunnos sterila, m. a. o. icke innehöllo några mikroorganismer, som under de gifna förhållandena utvecklade sig å agar.

Enligt hvad förut omnämnts, plägar nämligen antalet bakterier vara större vid kronisk konjunktivit än under normala förhållanden.

Naturligtvis ligger den misstanken nära till hands, att något tillfälligt fel begåtts vid undersökningen, hvarigenom bakteriernas utveckling hindrades. Dock anser jag mig kunna utesluta denna möjlighet. Utom det att jag vid undersökningen af detta fall gick till väga på alldeles samma sätt som eljes, må nämnas, att vid samma tillfälle prof togos från en annan patient, hvarvid användes samma näringssubstrat o. s. v., och att samtliga profven (Petris skålar) ställdes i samma termostat. Då nu alla profven, som erhållits från sist nämnde patient, visade sig fertila, kan ej någon tillfällig temperaturstegring hafva förekommit, hvarigenom möjligen för handen varande mikroorganismer dödats.

Mot ett tillfälligt fel såsom orsak till steriliteten i skålarna talar också den omständigheten, att steriliteten beträffade både de prof, som erhöllos före desinfektionen, och dem, som följande dag erhöllos vid förbandets aftagande.

Starrextraktion å vänster öga gjordes 3 dagar efter försöket. Läkningsförloppet efter den samma fullkomligt retningslöst.

Huruvida i detta fall den påfallande gynsamma läkningen kan sättas i samband med frånvaron af bakterier, må lemnas därhän. Emellertid har äfven HILDEBRANDT [1]) gjort en liknande iakttagelse. Hos en af de patienter, som han undersökte, förefans sedan ett halft år en kronisk konjunktivit. Odlingar med konjunktivalsekret gåfvo negatift resultat, och läkningsförloppet efter starrextraktionen betecknas af H. såsom »påfallande gynsamt». Emellertid hade i detta fall konjunktiviten under en veckas tid behandlats med lapistoucheringar, innan någon bakteriologisk undersökning gjordes, och det är därför, såsom H. framhåller, väl möjligt, att frånvaron af bakterier här kunnat bero på behandlingen. I alla händelser är det tydligt, att konjunktivalsäcken icke alltid vid kronisk konjunktivit innesluter någon större mängd af de vanligen förekommande bakterierna, ehuru den kan innehålla sekret i riklig mängd.[2])

---

[1]) HILDEBRANDT: Anf. st., s. 52.

[2]) Jmfr MARTHEN: Anf. st., s. 25. BACH antyder äfven detta förhållande, i det han säger, att han ej »utan vidare» kan ansluta sig till den gängse åsikten, att vid kronisk konjunktivalkatarr med ökad sekretion alltid skulle finnas infektionsämne i ökad mängd. BACH: Antisepsis oder Asepsis o. s. v., s. 7.

Försök VII.

A. S. R. 14-årig flicka. Diagnos: strabismus paralytic. divergens oc. sin. Från bindehinna och tårvägar intet att anmärka. Försöksanordning, den vanliga. Torrt, sterilt förband i 13 timmar. Tämligen stark sveda i det sublimatdesinfekterade ögat.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (H. ö.)					Koksalt (V. ö.)				
	1	2	3	4	medeltal.	1	2	3	4	medeltal.
Omedelbart före desinfektionen . . .	55	20	6	250	83	50	2	200	250	**126**
» efter » . . .	0	—	—	—	0	0	—	—	—	**0**
» » förbandets aftagande	8	5	6	18	9	1	2	0	9	**3**

I detta fall frapperas man af den stora växlingen i koloniernas antal vid de samtidigt tagna profven. Orsaken är sannolikt att söka däri, att — såsom jag särskildt antecknat — patienten var synnerligen känslig för beröring af bindehinnan, så att platinaöglan ej såsom vanligt kunde strykas upprepade gånger fram och tillbaka längs fornix. Då 4 prof tagits, torde de emellertid tillräckligt kompensera hvarandra, för att medeltalet skall kunna användas vid en jämförelse.

Försök VIII.

A. S. 35-årig man. Diagnos: cataracta complicata oc. sin. Bindehinna och tårvägar utan anmärkning. Försöksanordning, den vanliga. Intet nämnvärdt subjektift obehag af desinfektionen. Torrt, sterilt förband under 13 timmar. Vid förbandets aftagande obetydligt starkare sekretion å det sublimatdesinfekterade ögat.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (H. ö.)					Koksalt (V. ö.)				
	1	2	3	4	medeltal.	1	2	3	4	medeltal.
Omedelbart före desinfektionen . . .	15	25	15	7	16	41	70	60	33	**51**
» efter » . . .	1	—	—	—	1	0	—	—	—	**0**
» » förbandets aftagande	2	7	11	4	6	4	13	1	3	**5**

Försök IX.

B. K. A. 70-årig kvinna. Diagnos: cataracta senilis mat. oc. sin., cataracta incip. oc. dx. Bindehinna och tårvägar utan anmärkning. Försöksanordning, den vanliga. Ett par timmar efter desinfektionen klagar patienten öfver smärtor i det sublimatdesinfekterade ögat. För undersökning aftages förbandet å båda ögonen under några ögonblick. Det sublimatdesinfekterade ögat visar en tämligen stor epitelialerosion å cornea, stark perikornealinjektion samt lindrig svullnad af conjunctiva bulbi. Förbandet anlägges åter på båda ögonen samt aftages 13 timmar efter desinfektionen. Värken slutade 1 à 2 timmar efter omläggningen, men det i fråga varande ögat (V. ö.) höll sig något injicieradt under de följande 3 à 4 dagarna. Starrextraktionen å vänster öga, hvilken gjordes 6 dagar efter försöket, följdes af normalt läkningsförlopp.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (V. ö.)				Koksalt (H. ö.)			
	1	2	3	medel. tal.	1	2	3	medel-tal.
Omedelbart före desinfektionen	70	150	90	103	65	20	10	32
» efter »	0	—	—	0	3	—	—	3
» » förbandets aftagande. .	3	1	0	1	4	5	15	8

Försök X.

J. E. S. 65-årig man. Diagnos: cataracta senilis fere mat. oc. dx., cataracta incip. oc. sin. Båda ögonen skola understundom visa benägenhet att rinna, då patienten vistats ute. F. n. företer bindehinnan inga anmärkningsvärda förändringar å någondera sidan. Tårkanalerna utan anmärkning. Försöksanordning, den vanliga. Torrt, sterilt förband under 13 1/2 timmar. Vid förbandets aftagande en måttlig mängd konjunktivalsekret i båda ögonen. Starrextraktion å höger öga gjordes två dagar efter försöket och förlöpte normalt, men följdes af en lindrig, tämligen länge kvarstående irit.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (H. ö.)				Koksalt (V. ö.)			
	1	2	3	medel-tal.	1	2	3	medel-tal.
Omedelbart före desinfektionen	10	5	16	10	10	10	4	8
» efter »	0	—	—	0	0	—	—	0
» » förbandets aftagande. .	2	1	5	3	8	18	11	12

Försök XI.

G. W. W. 9-årig gosse. Diagnos: cataracta infantilis oc. amb. Bindehinna och tårvägar utan anmärkning. Försöksanordning, den vanliga. Torrt, sterilt förband under 12 timmar. Under sjukhusvistelsen opererades patienten å båda ögonen (en discission och en linearextraktion å hvartdera); alla operationerna förlöpte normalt.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (V. ö.)					Koksalt (H. ö.)				
	1	2	3	4	medel-tal.	1	2	3	4	medel-tal.
Omedelbart före desinfektionen. . .	4	0	2	2	2	27	14	3	5	12
» efter » . . .	1	—	—	—	1	0	—	—	—	0
» » förbandets aftagande	32	13	18	10	18	26	44	37	45	38

Försök XII.

A. A. 81-årig man. Diagnos: cataracta senilis mat. oc. sin. Bindehinnan å båda ögonen utan anmärkning. Bowmans operation gjord å höger öga för 3 år sedan i sammanhang med då företagen starrextraktion. Ögonen hafva icke runnit under de senaste åren. Försöksanordning, den vanliga. Ingen sveda efter sublimatdesinfektionen. Torrt, sterilt förband under 13 $^1/_2$ timmar. Obetydlig konjunktivalsekretion vid förbandets aftagande. Två dagar efter försöket gjordes starrextraktion å vänster öga. Läkningsförloppet utan anmärkning.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (H. ö.)				Koksalt (V. ö.)			
	1	2	3	medel-tal.	1	2	3	medel-tal.
Omedelbart före desinfektionen.	98	85	125	103	140	120	100	120
» efter »	0	—	—	0	0	—	—	0
» » förbandets aftagande. .	360	140	185	228	220	104	400	241

Försök XIII.

K. K. K. 73-årig kvinna. Diagnos: cataracta senilis mat. oc. dx., cataracta incip. oc. sin. Conjunctiva och tårvägar utan anmärkning. Försöksanordning, den vanliga. Torrt, sterilt förband under 13 timmar. Vid själfva desinfektionen och en kort stund efter den samma klagar patienten öfver sveda i högra ögat, der sublimat användts. Vid förbandets aftagande efter 13 timmar innehåller högra konjunktivalsäcken

en betydligt större mängd sekret än den vänstra. Starrextraktion å högra ögat gjordes 2 dagar efter försöket. Läkningsförloppet utmärktes af långvariga, ehuru lindriga retningssymptom (lindrig irit).

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (H. ö.)					Koksalt (V. ö.)				
	1	2	3	4	medeltal.	1	2	3	4	medeltal.
Omedelbart före desinfektionen . .	14	19	19	16	17	25	45	105	54	57
» efter » . .	0	—	—	—	0	0	—	—	—	0
» » förbandets aftagande	21	13	48	38	30	4	10	13	41	17

Såväl före desinfektionen som vid förbandets aftagande erhöllos från båda ögonen en del kolonier af staphylococcus pyogenes aureus. Vid inympning i kanincornea uppstodo svåra hypopyonkeratiter. Det kunde ligga nära till hands att ställa de länge kvarstående retningssymptomen i samband med den pyogena stafylokockens närvaro i konjunktivalsäcken. Emellertid instälde sig under förbandet ett entropium spasticum, hvilket i sin mon torde hafva bidragit till nyss nämnda retningssymptom.

Försök XIV.

B. N. 72-årig kvinna. Diagnos: cataracta senilis mat. oc. dx., cataracta incip. oc. sin. Conjunctiva och tårvägar utan anmärkning. Försöksanordning, den vanliga. Torrt, sterilt förband under $12^1/_2$ timmar. Nästan ingen sveda och ej märkbart ökad sekretion efter sublimatdesinfektionen. Starrextraktion å höger öga gjordes 3 dagar efter försöket. Läkningsförloppet nästan fullständigt retningslöst.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (H. ö.)					Koksalt (V. ö.)				
	1	2	3	4	medeltal.	1	2	3	4	medeltal.
Omedelbart före desinfektionen . .	18	96	112	90	79	28	54	43	58	46
» efter » . .	2	—	—	—	2	1	—	—	—	1
» » förbandets aftagande	4	16	25	11	14	1	6	14	12	8

Försök XV.

A. J. E. K. 71-årig kvinna. Diagnos: cataracta senilis immat. oc. dx.; phtisis bulbi sin. Conjunctiva och tårvägar utan anmärkning. Försöksanordning, den vanliga. Ingen sveda efter desinfektionen. Torrt, sterilt förband under 13 timmar. Vid förbandets aftagande starkare sekretion i höger öga, där sublimat användts. Starrextraktion å höger öga gjordes 6 dagar efter försöket. Tämligen länge kvarstående retningssymptom.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (H. ö.)					Koksalt (V. ö.)				
	1	2	3	4	medeltal.	1	2	3	4	medeltal.
Omedelbart före desinfektionen . .	129	160	85	96	118	150	50	105	25	83
» efter » . .	1	—	—	—	1	0	—	—	—	0
» » förbandets aftagande	21	55	102	80	65	0	0	1	11	3

Detta försök synes utvisa betydligt bättre resultat för koksalt- än för sublimatdesinfektionen. Emellertid förtjänar anmärkas, att vid förbandets aftagande endast anträffades en enda bakterieart, nämligen den sid. 69 omnämnda stafylokocklikande mikrokocken. Af denna art innehöllo de före desinfektionen från vänstra ögat tagna profven i alt endast 35 kolonier (medeltal 9), under det de från högra ögat tagna innehöllo 160 (medeltal 40). Samtliga öfriga före desinfektionen erhållna kolonier bildades af den sid. 77 omnämnda »klubbformade bacillen», hvilken ej återfans efter desinfektionen. Tager man i betraktande nu anförda omständighet, blir skillnaden mellan den å båda sidor uppnådda effekten ej så öfverraskande. Samma omständighet torde för öfrigt hafva påverkat resultatet äfven i en del andra fall, men sannolikt har den ena gången inverkat till sublimatets och andra gången till koksaltets favör, så att inflytandet vid ett större antal fall kompenserats.

Försök XVI.

L. B. 63-årig kvinna. Diagnos: cataracta senilis mat. oc. sin., cataracta incip. oc. dx. Konjunktivan utan anmärkning. Lindrig, ungefär lika stark eversion af båda undre tårpunkterna. Ingen stenos af tårkanalerna. Försöksanordning, den vanliga. Torrt, sterilt förband under 13 timmar. Obetydlig sveda i det sublimatdesinfekterade ögat under ett par timmar efter desinfektionen. Vid förbandets aftagande

något starkare sekretion på detta än på det andra ögat. Starrextraktion å vänster öga gjordes en vecka efter försöket. Läkningsförloppet ostördt med undantag däraf, att ögat höll sig något injicieradt under en tid efter operationen.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (H. ö.)					Koksalt (V. ö.)				
	1	2	3	4	medel-tal.	1	2	3	4	medel-tal.
Omedelbart före desinfektionen . .	14	2	16	10	11	10	32	8	20	18
» efter » . .	0	—	—	—	0	1	—	—	—	1
» » förbandets aftagande	19	4	21	10	14	16	9	11	12	12

Från båda ögonen erhöllos såväl före desinfektionen som vid förbandets aftagande kolonier af staphylococcus pyogenes aureus. Läkningsförloppet var emellertid, såsom nämndt, i det hela taget normalt.

Försök XVII.

M. L. L. 22-årig kvinna. Diagnos: cataracta secundaria oc. amb. (efter för flere år sedan opererad catar. zonul.). Conjunctiva och tårvägar förefalla fullt normala (profsköljning gjordes ej). Försöksanordning, den vanliga. Ingen egentlig smärta under självfva desinfektionen. Torrt, sterilt förband under 13 timmar. En stund efter desinfektionen tämligen starka smärtor i högra ögat (= det sublimatdesinfekterade) — erosio epithel. corn.? Vid förbandets aftagande visar sig detta öga lifligt injicieradt samt innehåller rikligt, muköst konjunktivalsekret. Vänstra ögat företer ingen ökad injektion eller sekretion. Discission å vänster öga gjordes dagen efter försöket och förlöpte normalt.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (H. ö.)					Koksalt (V. ö.)				
	1	2	3	4	medel-tal.	1	2	3	4	medel-tal.
Omedelbart före desinfektionen . .	6	8	37	3	14	8	1	20	25	14
» efter » . .	0	—	—	—	0	0	—	—	—	0
» » förbandets aftagande	3	46	10	27	22	1	6	12	4	6

Försök XVIII.

K. N. A. 73-årig kvinna. Diagnos: cataracta complicata oc. dx., cataracta incip. oc. sin. Conjunctiva och tårvägar utan anmärkning. Försöksanordning, den vanliga. Torrt, sterilt förband under 13 timmar. Ingen sveda under desinfektionen. Ingen väsentlig skillnad i konjunktivalsekretion å de båda sidorna vid förbandets aftagande. Starrextraktion å höger öga gjordes 2 dagar efter försöket. Läkningsförloppet normalt.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (H. ö.)					Koksalt (V. ö.)				
	1	2	3	4	medeltal.	1	2	3	4	medeltal.
Omedelbart före desinfektionen . .	56	80	95	65	74	82	160	170	78	123
» efter » . .	0	—	—	—	0	10	—	—	—	10
» » förbandets aftagande	20	9	9	8	12	85	45	63	24	54

Vid de följande 12 fallen har förbandstiden endast utgjort 5—8 timmar.

Försök XIX.

A. L. J. 20-årig kvinna. Diagnos: cataracta zonularis oc. dx., cataracta secundar. oc. sin. (operat. för något mer än 1 år sedan). Conjunctiva och tårvägar synas fullt normala (profsköljning gjordes ej). Försöksanordning den vanliga. Torrt, sterilt förband under 6 timmar. Ingen starkare sveda vid eller efter desinfektionen. Vid förbandets aftagande något starkare injektion och sekretion på det högra än på det vänstra ögat. Discission å höger öga gjordes dagen efter försöket och förlöpte normalt.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (H. ö.)				Koksalt (V. ö.)			
	1	2	3	medeltal.	1	2	3	medeltal.
Omedelbart före desinfektionen . .	11	14	7	11	33	72	27	44
» efter » . .	2	—	—	2	4	—	—	4
» » förbandets aftagande	4	12	5	7	2	3	2	2

Försök XX.

M. C. Ö. 69-årig man. Diagnos: glaucoma simplex oc. amb. Bowmans operation gjord å vänstra ögat för 5 år sedan. Ögonen hafva aldrig plägat rinna under senare år. Bindehinna och tårvägar förefalla nu fullt friska. Canales nasales äro icke stenoserade. Försöksanordning, den vanliga. Ringa sveda vid sublimatdesinfektionen. Torrt, sterilt förband under $5^1/_2$ timmar. Något starkare sekretion å det högra (sublimatdesinfekterade) ögat vid förbandets aftagande. Iridektomi å höger öga gjordes 2 dagar efter försöket och följdes af retningslöst läkningsförlopp.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (H. ö.)				Koksalt (V. ö.)			
	1	2	3	medeltal.	1	2	3	medeltal.
Omedelbart före desinfektionen . .	85	52	80	72	55	78	102	78
» efter » . .	0	—	—	0	0	—	—	0
» » förbandets aftagande	1	0	20	7	1	2	16	6

Försök XXI.

M. M. P. 68-årig kvinna. Diagnos: cataracta senilis fere mat. oc. sin., cataracta incip. oc. dx. Bowmans operation gjord å båda ögonen för omkring en månad sedan (evers. punct. lacrym.?) Patienten, som är månglerska, vistas mycket ute i blåst och dam, hvarvid ögonen ibland pläga rinna. Vid undersökning befinnes konjunktivan på båda ögonen hyperemisk samt slemsecernerande i ringa grad. Canales nasales fullt permeabla å båda sidor. Försöksanordning, den vanliga. Måttlig sveda vid sublimatdesinfektionen. Torrt, sterilt förband under 6 timmar. Vid dess aftagande rikligt, muköst sekret i båda konjunktivalsäckarna. Starrextraktion å vänster öga gjordes 3 dagar efter försöket. Läkningsförloppet nästan fullständigt retningslöst.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (H. ö.)					Koksalt (V. ö.)				
	1	2	3	4	medeltal.	1	2	3	4	medeltal.
Omedelbart före desinfektionen . .	38	36	45	17	34	13	28	40	42	31
» efter » . .	0	—	—	—	0	0	—	—	—	0
» » förbandets aftagande	0	2	1	—	1	0	0	0	—	0

Detta fall företer en viss likhet med VI därutinnan, att bindehinnan visade tydliga tecken till kronisk katarr, och att bakteriemängden detta oaktadt var jämförelsevis liten. Äfven med afseende på det synnerligen retningslösa förloppet efter starrextraktionen öfverensstämmer detta fall med VI. Bland de anträffade bakterierna fans ingen för kanincornea patogen art.

Försök XXII.

H. U. Å. 67-årig man. Diagnos: cataracta senilis mat. oc. sin., cataracta fere mat. oc. dx. Ögonen hafva aldrig plägat rinna. Bindehinna och tårvägar utan anmärkning. Försöksanordning, den vanliga. Torrt, sterilt förband under $7^1/_2$ timmar. Intet anmärkningsvärdt obehag af sublimatdesinfektionen. Ingen förökad sekretion å det sublimatdesinfekterade ögat. Starrextraktion gjordes å vänster öga 2 dagar och å höger öga 2 veckor efter försöket. Båda operationerna följdes af nästan fullt retningslöst läkningsförlopp.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (H. ö.)					Koksalt (V. ö.)				
	1	2	3	4	medeltal.	1	2	3	4	medeltal.
Omedelbart före desinfektionen . .	4	43	57	20	31	7	36	76	36	39
» efter » . .	1	—	—	—	1	0	—	—	—	0
» » förbandets aftagande	0	21	50	15	22	0	3	13	21	9

Försök XXIII.

K. K. P. 41-årig kvinna. Diagnos: ablatio retinæ sin. Ögonen hafva aldrig plägat rinna. Konjunktivan å båda ögonen synes ovanligt blek och glatt. Försöksanordning, den vanliga. Torrt, sterilt förband å båda ögonen under 6 timmar. Vid förbandets aftagande är den sublimatdesinfekterade bindehinnan sväld och betäckt med rikligt sekret. Den andra bindehinnan obetydligt injicierad.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (V. ö.)					Koksalt (H. ö.)				
	1	2	3	4	medeltal.	1	2	3	4	medeltal.
Omedelbart före desinfektionen . .	0	6	3	0	2	1	7	3	4	4
» efter » . .	0	—	—	—	0	1	—	—	—	1
» » förbandets aftagande	0	0	0	0	0	0	7	1	0	2

Försök XXIV.

L. H. F. 55-årig man. Diagnos: strabismus concomit. divergens oc. dx. Conjunctiva och tårvägar utan anmärkning. Försöksanordning, den vanliga. Måttlig sveda under sublimatdesinfektionen. Torrt, sterilt förband under $6^1/_2$ timmar. Vid förbandets aftagande befinnes den sublimatdesinfekterade bindehinnan starkt sväld, rodnad och betäckt med rikligt, muköst sekret. Strabismoperation å höger öga gjordes dagen efter försöket. Läkningsförloppet utan anmärkning.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (V. ö.)					Koksalt (H. ö.)				
	1	2	3	4	medeltal.	1	2	3	4	medeltal.
Omedelbart före desinfektionen . .	10	30	31	15	22	12	5	23	10	13
» efter » . .	0	—	—	—	0	1	—	—	—	1
» » förbandets aftagande	8	1	0	1	3	6	1	1	1	2

Försök XXV.

C. F. Ö. 58-årig man. Diagnos: cataracta senilis mat. oc. dx., cataracta incip. oc. sin. Bindehinnan på båda ögonen utan anmärkning, likaså tårvägarna. Ögonen hafva aldrig plägat rinna. Försöksanordning, den vanliga. Torrt, sterilt förband under 6 timmar. Starrextraktion å höger öga gjordes 2 dagar efter försöket. Läkningsförloppet utmärktes af envisa, ehuru lindriga retningssymptom (irit).

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (V. ö.)					Koksalt (H. ö.)				
	1	2	3	4	medeltal.	1	2	3	4	medeltal.
Omedelbart före desinfektionen . .	15	71	25	35	37	21	10	12	37	20
» efter » . .	0	—	—	—	0	1	—	—	—	1
» » förbandets aftagande	6	2	6	1	4	2	1	3	2	2

Före desinfektionen och vid förbandets aftagande erhöllos från högra ögat ett fåtal kolonier af en streptokock, som ej visade sig virulent för kanincornea (se vidare sid. 76). Omkring 1 vecka efter starroperationen togos nya prof från högra ögat. I dessa anträffades ej i fråga varande streptokock. I vänstra ögat fann jag den ej.

Försök XXVI.

F. O. N. 79-årig man. Diagnos: cataracta senilis hypermat. oc. dx., cataracta mat. oc. sin. Conjunctiva och tårvägar utan anmärkning. Försöksanordning, den vanliga. Torrt, sterilt förband under $6^1/_2$ timmar. Sublimatdesinfektionen medför ingen egentlig sveda. Vid förbandets aftagande ingen ökad sekretion i någotdera ögat. Starrextraktion å höger öga gjordes 2 dagar efter försöket. Normalt läkningsförlopp.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (H. ö.)					Koksalt (V. ö.)				
	1	2	3	4	medeltal.	1	2	3	4	medeltal.
Omedelbart före desinfektionen . .	200	195	210	180	196	115	70	31	185	100
» efter » . .	0	—	—	—	0	0	—	—	—	0
» » förbandets aftagande	0	1	7	7	4	3	2	2	0	2

Mera än hälften af de före desinfektionen erhållna kolonierna utgjordes af den sid. 77 beskrifna »klubbformade bacillen». Vid förbandets aftagande erhöls ingen enda koloni af denna art.

Försök XXVII.

J. P. N. 74-årig man. Diagnos: cataracta senilis mat. oc. dx., cataracta incip. oc. sin. Conjunctiva och tårvägar utan anmärkning. Försöksanordning, den vanliga. Ingen smärta vid desinfektionen. Torrt, sterilt förband under 7 timmar. Ingen anmärkningsvärdt ökad sekretion i det sublimatdesinfekterade ögat vid förbandets aftagande. Starrextraktion å höger öga gjordes dagen efter försöket. Normalt läkningsförlopp.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (H. ö.)					Koksalt (V. ö.)				
	1	2	3	4	medeltal.	1	2	3	4	medeltal.
Omedelbart före desinfektionen . .	157	76	220	120	143	33	74	100	35	61
» efter » . .	0	—	—	—	0	0	—	—	—	0
» » förbandets aftagande	20	47	140	77	71	3	13	24	31	18

Försök XXVIII.

C. B. 65-årig man. Diagnos: cataracta senilis mat. oc. dx., cataracta incip. oc. sin. Conjunctiva och tårvägar utan anmärkning. Försöksanordning, den vanliga. Lindrig sveda vid sublimatdesinfektionen. Torrt, sterilt förband under 6 timmar. Vid förbandets aftagande något starkare sekretion i det sublimatdesinfekterade ögat. Starrextraktion å höger öga gjordes 2 dagar efter försöket. Läkningsförloppet normalt.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (H. ö.)					Koksalt (V. ö.)				
	1	2	3	4	medel-tal.	1	2	3	4	medel-tal.
Omedelbart före desinfektionen . .	21	24	26	100	43	50	63	74	59	62
» efter » . .	0	—	—	—	0	1	—	—	—	1
» » förbandets aftagande	1	3	4	1	2	2	5	5	6	5

Försök XXIX.

A. B. 73-årig kvinna. Diagnos: cataracta senilis (nigra) oc. amb. Konjuktivan möjligen med något ökad kärlfyllnad, eljest normal. Tårvägarna utan anmärkning. Försöksanordning, den vanliga. Torrt, sterilt förband å båda ögonen under 8 timmar. Patienten klagar öfver lindrig sveda i det sublimatdesinfekterade ögat. Vid förbandets aftagande visar sig detta måttligt injicieradt, hvarjämte å cornea märkes en mindre epitelialerosion. Starrextraktion å höger öga gjordes dagen efter försöket. Vid operationen användes endast fysiologisk koksaltlösning till bindehinnans desinfektion. Fullständigt retningslöst läkningsförlopp.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (V. ö.)					Koksalt (H. ö.)				
	1	2	3	4	medel-tal.	1	2	3	4	medel-tal.
Omedelbart före desinfektionen . .	85	80	90	100	89	115	60	95	50	80
» efter » . .	1	—	—	—	1	1	—	—	—	1
» » förbandets aftagande	7	5	2	2	4	0	1	2	1	1

Såväl före desinfektionen som vid förbandets aftagande anträffades några kolonier af staphylococcus pyogenes aureus.

Försök XXX.

G. A. 72-årig kvinna. Diagnos: cataracta senilis mat. oc. sin., cataracta immat. oc. dx. Ptosis congenita oc. amb. Båda undre tårpunkterna något everterade. Tårvägarna för öfrigt utan anmärkning. Bindehinnan visar inga anmärkningsvärda förändringar. Försöksanordning, den vanliga. Torrt, sterilt förband å båda ögonen under 6 timmar. Vid förbandets aftagande något rikligare sekret i det sublimatdesinfekterade ögat. Starrextraktion å vänster öga gjordes 2 dagar efter försöket.

Bakteriologisk öfversikt.

	Sublimat (H. ö.)					Koksalt (V. ö.)				
	1	2	3	4	medeltal.	1	2	3	4	medeltal.
Omedelbart före desinfektionen . .	75	100	36	18	57	80	48	80	25	58
» efter » . .	0	—	—	—	0	0	—	—	—	0
» » förbandets aftagande	10	9	25	—	15	32	13	23	—	23

De slutsatser, som kunna dragas ur nu anförda försöksserie, äro naturligtvis i väsentlig grad beroende på tillförlitligheten hos den metod, som användts vid bestämmandet af bakteriemängden i konjunktivalsäcken.

Metodens noggrannhet belyses i viss mon af de erhållna talen. Då flere prof samtidigt tagits från en och samma bindehinna, borde ju dessa, under förutsättning att den använda metoden varit fullt exakt, innehålla lika antal bakterier. (Jag frånser här den lilla minskning i bakteriehalten, som naturligtvis uppkommer genom själfva proftagningen). I själfva verket har emellertid antalet — efter de erhållna kolonierna att döma — växlat ganska betydligt. Dessa växlingar kompenseras emellertid i afsevärd mon därigenom, att medeltal tagas af 3 till 4 samtidigt erhållna värden.

I alla händelser tillåter ej ett enda försök någon bestämd slutsats om de jämförda desinfektionsmetodernas relativa värde, men på ett 30-tal fall, där dessa metoder användts under möjligast likartade förhållanden, och där 3 eller 4 prof tagits vid bestämningen af bakteriemängden, torde man dock kunna grunda ett tämligen säkert omdöme.

Redan en flyktig granskning af de förut anförda »bakteriologiska öfversikterna», gifver säkerligen vid handen, att någon

större skillnad icke kan förefinnas mellan resultaten af sublimat- och koksaltdesinfektionen. Tydligare torde detta framgå af nedan stående summariska öfversikt.

I den första kolumnen anföres medeltalet kolonier före desinfektionen; i den andra: medeltalet kolonier vid förbandets aftagande; i den tredje: huruvida bakteriehalten vid förbandets aftagande varit större (+) eller mindre (—) än före desinfektionen; i den fjärde och femte: huruvida desinfektionsresultatet visat sig bättre eller sämre än å den andra sidan; och i den sjette: antalet kolonier omedelbart efter desinfektionen.

Såsom norm för beteckningarna »bättre» och »sämre» har valts relationen mellan antalet kolonier före desinfektionen och vid förbandets aftagande, oafsedt om bakteriemängden varit större eller mindre. En minskning från 10 till 1 har således räknats som ett bättre resultat än en minskning från 100 till 20 o. s. v. (Man skulle ju kunna säga, att *om* i det senare fallet ursprungligen funnits 10 kolonier, dessa proportionsvis borde minskats till 2 o. s. v.) Naturligtvis kan man göra invändningar mot detta sätt att se saken, men i alla händelser torde det kunna användas vid en jämförelse under nu gifna förhållanden.

Försökets nummer.	Sublimatdesinfektion.						Koksaltdesinfektion.					
	Antal kolonier (medeltal) före desinfektionen.	Antal kolonier (medeltal) vid förbandets aftagande.	Ökning (+) eller minskning (—).	Bättre resultat än å andra sidan.	Sämre resultat än å andra sidan.	Antal kolonier omedelbart efter desinfektionen.	Antal kolonier (medeltal) före desinfektionen.	Antal kolonier (medeltal) vid förbandets aftagande.	Ökning (+) eller minskning (—).	Bättre resultat än å andra sidan.	Sämre resultat än å andra sidan.	Antal kolonier omedelbart efter desinfektionen.
I	117	8	—	1	—	0	95	26	—	—	1	2
II	53	32	—	1	—	0	48	78	+	—	1	0
III	47	64	+	—	1	0	77	29	—	1	—	5
IV	71	427	+	=		3	83	320	+	=		2
V	4	10	+	=		1	8	19	+	=		2
VI	0	0	—	—	—	0	0	0	—	—	—	0
VII	83	9	—	—	1	0	126	3	—	1	—	0
VIII	16	6	—	—	1	1	51	5	—	1	—	0
IX	103	1	—	1	—	0	32	8	—	—	1	3
X	10	3	—	1	—	0	8	12	+	—	1	0

Försökets nummer.	Sublimatdesinfektion.						Koksaltdesinfektion.					
	Antal kolonier (medeltal) före desinfektionen.	Antal kolonier (medeltal) vid förbandets aftagande.	Ökning (+) eller minskning (—).	Bättre resultat än å andra sidan.	Sämre resultat än å andra sidan.	Antal kolonier omedelbart efter desinfektionen.	Antal kolonier (medeltal) före desinfektionen.	Antal kolonier (medeltal) vid förbandets aftagande.	Ökning (+) eller minskning (—).	Bättre resultat än å andra sidan.	Sämre resultat än å andra sidan.	**Antal kolonier omedelbart efter desinfektionen.**
XI	2	18	+	—	1	1	12	38	+	1	—	0
XII	103	228	+	=		0	120	241	+	=		0
XIII	17	30	+	—	1	0	57	17	—	1	—	0
XIV	79	14	—	=		2	46	8	—	=		1
XV	118	65	—	—	1	1	83	3	—	1	—	0
XVI	11	14	+	—	1	0	18	12	—	1	—	1
XVII	14	22	+	—	1	0	14	6	—	1	—	0
XVIII	74	12	—	1	—	0	123	54	—	—	1	10
XIX	11	7	—	—	1	2	44	2	—	1	—	4
XX	72	7	—	=		0	78	6	—	=		0
XXI	34	1	—	—	1	0	31	0	—	1	—	0
XXII	31	22	—	—	1	0	39	9	—	1	—	0
XXIII	2	0	—	1	—	0	4	2	—	—	1	1
XXIV	22	3	—	=		0	13	2	—	=		1
XXV	37	4	—	=		0	20	2	—	=		1
XXVI	196	4	—	=		0	100	2	—	=		0
XXVII	143	71	—	—	1	0	61	18	—	1	—	0
XXVIII	43	2	—	1	—	0	62	5	—	—	1	1
XXIX	89	4	—	—	1	1	80	1	—	1	—	1
XXX	57	15	—	1	—	0	58	23	—	—	1	0

Hvad förhållandet omedelbart efter desinfektionen vidkommer, så tillmäter jag på förut angifna skäl icke de då tagna profven någon större vikt. Emellertid framgår af öfversikten, att efter sublimatdesinfektionen erhållits en relativ sterilitet i 21 fall, efter koksaltdesinfektionen i 15 fall.

Om man frånser fallet VI, där redan före desinfektionen erhöllos sterila prof, så hafva de vid förbandets aftagande verkstälda odlingarna endast 2 gånger gifvit negatift resultat, en gång efter sublimat- (XXIII) och en gång efter koksaltdesinfektion (XXI).

När sublimat användts, har bakteriehalten vid förbandets aftagande i 8 fall varit större och i 21 fall mindre än före desinfektionen. Motsvarande tal för koksaltet äro 6 och 23.

Sublimatet har gifvit ett »bättre» resultat 8 gånger, koksaltet 13 gånger; i de öfriga fallen har resultatet visat sig ungefär lika för de båda jämförda metoderna.

Efter 12—14 timmars förband har bakteriehalten, jämförd med förhållandet före desinfektionen, befunnits ökad på båda sidor i 4 fall, minskad på båda sidor i 7 fall, ökad på den ena sidan och minskad på den andra i 6 fall.

Efter 5—8 timmars förband har bakteriehalten alltid varit mindre än före desinfektionen, vare sig denna utförts med sublimat- eller koksaltlösning.

I det hela synes jämförelsen luta något litet till koksaltdesinfektionens fördel. Emellertid vore det säkerligen förhastadt att af den lilla skillnad, som visat sig, draga den slutsatsen, att en sköljning med fysiologisk koksaltlösning verkar kraftigare än en sådan med sublimat 1 : 5000, ehuru å andra sidan ett dylikt antagande ej är alldeles orimligt (jfr sid. 14). Troligen utgör bristen på en exakt metod att bestämma bakteriemängden i och för sig en tillräcklig förklaring.

En annan möjlighet vore ju, att de bindehinnor, som rengjorts medels sublimatsköljningar, i ett eller annat hänseende erbjudit ogynsammare vilkor för en desinfektion än de, på hvilka koksaltsköljningar användts. Dock valdes fallen, där det ena eller andra desinfektionssättet skulle användas, fullkomligt »opartiskt».

För att se, om bakteriehalten i stort sedt varit olika inom de båda kategorierna, har jag summerat å ena sidan alla de medeltal, som före desinfektionen erhållits från de sublimatdesinfekterade ögonen, och å den andra de medeltal, som samtidigt erhållits från de koksaltdesinfekterade. Antalen äro 1659 och 1591 resp. Öfverensstämmelsen är ju så god, som rimligtvis kan begäras.

I alla händelser har sålunda sublimatdesinfektionen icke visat något företräde. Under dessa förhållanden leda de af mig erhållna resultaten till samma slutsats, som bl. a. Bach och Morax med stöd af sina experiment förfäktat, nämligen att vid konjunktivalsäckens rengöring en steril, indifferent vätska såsom fysiologisk koksaltlösning är att föredraga framför ett antiseptiskt medel — in specie sublimatlösning. Man skulle

visserligen kunna anmärka, att resultatet af jämförelsen måhända stält sig annorlunda, om man användt en starkare sublimatlösning, exempelvis 1 : 1000, eller åtminstone icke bortsköljt den svaga lösningen med en indifferent vätska. Denna invändning kan naturligtvis icke bestridas på grund af de föreliggande experimenten, men båda alternativen möta ur annan synpunkt betänkligheter. Däremot kan man tydligen utan skada använda fysiologisk koksaltlösning i vida större kvantiteter, än här varit fallet, och sålunda sannolikt uppnå ännu bättre resultat.

Den viktigaste olägenheten af sublimatet och därmed jämförliga antiseptica (aqua chlori, jodtriklorid) är faran för hornhinnegrumlingar, hvilka de antingen ensamma eller ännu mera i förening med kokain kunna framkalla.[1] Går man så till väga, som förut beskrifvits, (sid. 28) d. v. s. utbyter sublimatet mot en indifferent vätska omedelbart före, under och efter operationen, torde faran i detta hänseende vara ringa eller ingen, men åtskilliga olägenheter kvarstå dock.

Äfven en så svag lösning som sublimat 1 : 5000 medför ej sällan en stark sveda, åtföljd af betydlig sekretion från bindehinnan. STROSCHEIN[2]) anser, att en ökad sekretion gynnar bakteriernas tillväxt; vare därmed huru som hälst, något gagn lär en dylik sekretion i alla händelser ej medföra.

EVERSBUSCH[3]) framhåller med stöd af ett stort antal af honom opererade fall, att den retning, som sublimatet framkallar, skulle verka gynsamt efter en starroperation, i det den åstadkommer ett slags adhesiv inflammation, hvarigenom sårränderna sammanlödas, och främre kammaren sålunda förr återbildas, men han torde stå tämligen ensam om denna mening. V. NIEDEN, STROSCHEIN[4]) m. fl. hafva en motsatt erfarenhet.

Det bör väl icke häller förbises, att äfven sublimat 1 : 5000 kan märkbart skada integriteten hos de väfnader, med hvilka det kommer i beröring. Enligt HALSTED[5]) framkallar redan en så svag lösning af sublimat som 1 : 10000 en distinkt, mikroskopiskt påvisbar ytnekros å en färsk såryta.

---

[1]) Jfr WIDMARK: Om kokain och desinfekt. o. s. v. Hyg. 1895, s. 189.

[2]) STROSCHEIN: Anf. st., s. 262.

[3]) EVERSBUSCH: Über die Anwendung der Antimykotica in der Augenheilkunde. Centralblatt für Augenheilkunde 1890, s. 70 och 71.

[4]) Jfr STROSCHEIN: Anf. st., s. 262.

[5]) Se WELCH: Conditions underlying the infection of wounds. The American Journal of the Medical Sciences 1891, s. 451.

Hvad cornea specielt vidkommer, så hafva undersökningar af WIDMARK och BAUER visat, att äfven sköljningar med en jämförelsevis liten kvantitet (100 gm) sublimatlösning 1 : 5000 framkalla tydliga förändringar å kaninens hornhinna, makroskopiskt visande sig som ytliga grumlingar och epitelförluster, mikroskopiskt som en mer eller mindre djupgående afstötning af ytepitelet.[1])

Äfven på människans hornhinna framkallar sublimat 1 : 5000 likartade förändringar.[2]) I fråga om den betydelse, som dessa kunna ega, torde det tillåtas mig att stödja mig på ett mera erfaret omdöme än mitt eget: »Denna lesion af hornhinnans epitel genom sublimatet innebär tydligen i och för sig ingen fara, ty det skadade ytlagret återbildas under eljes normala förhållanden mycket hastigt. Men efter en starrextraktion, då hornhinnan är i stor utsträckning skild från sin omgifning, är det väl icke alldeles likgiltigt, om epitelet är skadadt. Det kan ju i sin mon bidraga att nedsätta vitaliteten i den stora hornhinnefliken och sålunda medverka till uppkomsten af en permanent hornhinnegrumling eller till en infektion af kornealsåret genom de i konjunktivalsäcken förekommande bakterierna.»[3])

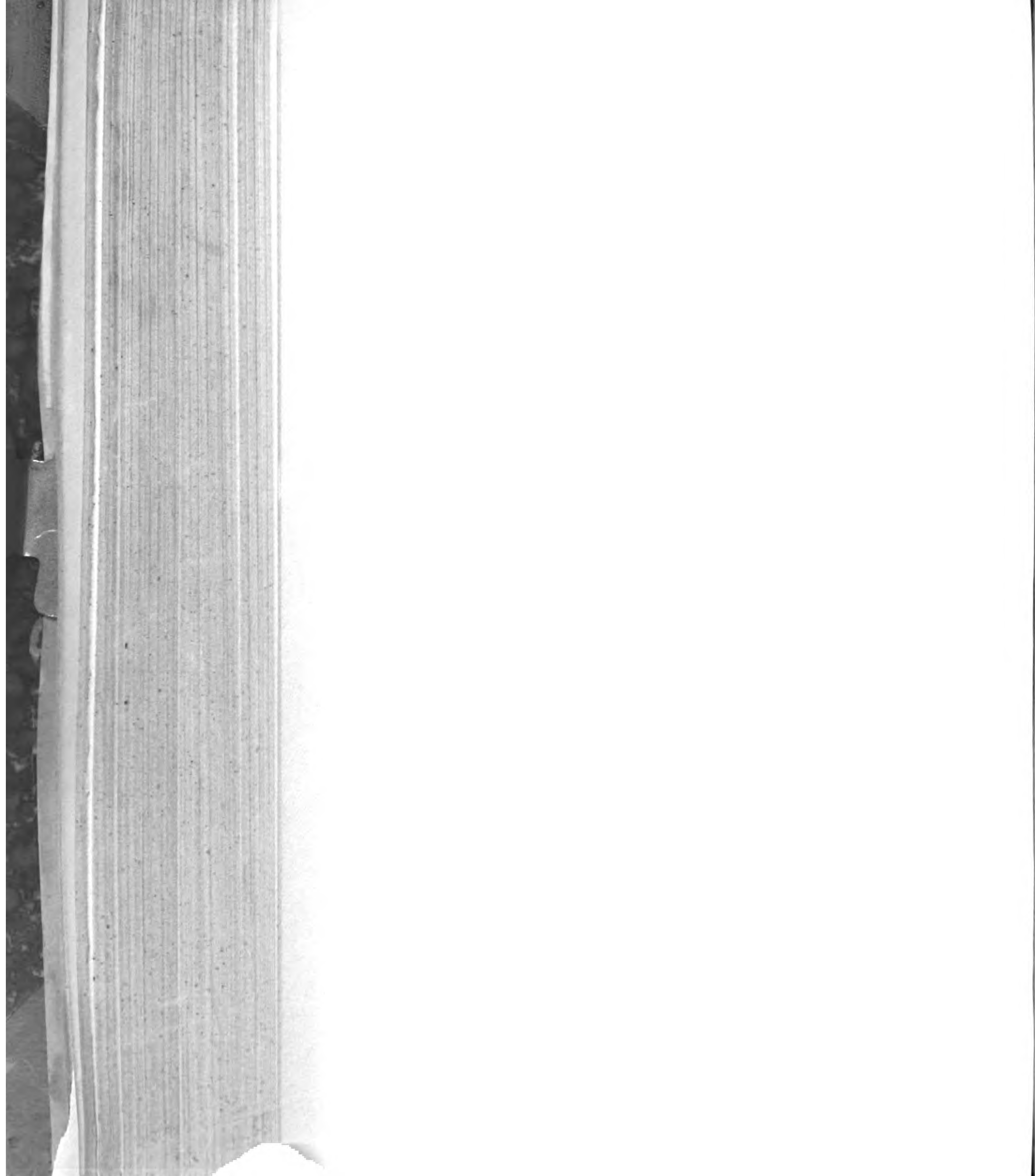
I anslutning till det föregående må nämnas, att å Serafimerlasarettets ögonafdelning under senaste tid (sedan juli 1896) endast fysiologisk koksaltlösning användts vid konjunktivalsäckens desinfektion.

Hittils har resultatet varit i allo tillfredsställande. En bestämd fördel har koksaltet visat sig ega därutinnan, att läkningsförloppet efter operationerna i allmänhet varit så godt som fullkomligt retningslöst. Någon försenad läkning efter starrextraktioner i enlighet med EVERSBUSCHs mening har ej kunnat konstateras. Dock är observationstiden ännu alt för kort för att tillåta något bestämdt omdöme i detta hänseende.

(Forts.)

[1]) WIDMARK: Om kokain o. s. v., s. 231.
[2]) Anf. st., s. 230.
[3]) WIDMARK: Anf. st., s. 232 och 233.

Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.



Fra Kommunehospitalets 3:dje Afdeling.

Om den diagnostiske Betydning af springende Temperaturer

med särligt Hensyn til den såkaldte intermitterende Leverfeber. *

Af

Overläge JOH. MYGGE.

Med 8 Zinkotypier.

Blandt de mange diagnostiske Hjälpemidler, hvormed den kliniske Medicin i indevärende Århundrede er bleven beriget, indtager Termometrien en meget fremskudt Stilling. Det er i så Henseende blot nödvendigt at minde om, hvorledes vi, ved at fölge Temperaturens Gang fra Dag til Dag, jävnlig blive satte i Stand til at stille Diagnosen Tyfoidfeber på et Tidspunkt, hvor Flertallet af de andre karakteristiske Symptomer endnu mangle, hvorledes Prodromalfeberens lange Varighed og Temperaturfaldets Sammenträf med begyndende Huderuption leder Tanken hen på variola og bort fra andre exantematiske Febre, f. Ex. morbilli, hvorledes Temperaturstigninger med regelmässige Intervaller bidrage til at sikre Diagnosen Intermittens, hvorledes den såkaldte typus inversus kan stötte Diagnosen Tuberkulose o. s. v.

Ved Siden af disse velbekendte facta stöder Klinikeren imidlertid ret jävnlig på Forhold ved Temperaturen, hvis rette

* Grundträkkene af närvärende Afhandling fremstillede Forf. på den förste nordiske Kongres for indvortes Medicin. Se: Förhandlingar vid Första Nordiska Kongressen för invärtes medicin. Tilläggshäfte til Nord. med. Arkiv 1896, S. 55—59.

Tydning kan våre forbunden med store Vanskeligheder, og et af disse Forhold er det nårvårende Afhandlings Opgave at belyse.

Uregelmässigt intermitterende Feber tiltrak sig först Kirurgernes Opmärksomhed (BILLROTH), * og da HEUBNER i 1868 beskrev den såkaldte Pyämikurve, var det også väsentlig på Grundlag af en Räkke kirurgiske Tilfälde, han udarbejdede sin Afhandling.[30]) Som Särkende for Kurven angav sidstnävnte Forfatter, at Temperaturen — i Regelen under Ledsagelse af Kulderystelse — strax og uden Remission steg til en betydelig Höjde for derpå, efter en mere eller mindre spids Akme, hurtigt at falde, ligeledes uden nogen Remission, til det normale eller derunder, således at hele Bevägelsen op og ned over et Spillerum af 2 indtil 5° C. afvikledes indenfor nogle Timer indtil et halvt Dögn, fraregnet enkelte Undtagelsestilfälde. Under det videre Forlöb kunde Forholdene stille sig noget forskelligt, idet Kurven enten kunde blive sammensat af en fortlöbende Räkke Anfald af den ovenfor beskrevne Art eller kunde vise Intermissioner eller Remissioner; men gennemgående var den springende Karakter af Temperaturen umiskendelig.

Af senere Forfattere, som have beskäftiget sig med samme Ämne, have LEUBE,[2]) LITTEN,[3]) WAGNER,[4]) v. JÜRGENSEN[5]) og DENNIG[1]) jävnlig genfundet de af HEUBNER markerede Temperaturkurver; men de have også iagttaget en Del Tilfälde, hvor Afvigelserne fra de opstillede Typer vare så betydelige, at Temperaturkurven som Helhed betragtet fik et ganske uregelmässigt Udseende.

Et Forhold, på hvilket navnlig v. JÜRGENSEN og DENNIG have henledet Opmärksomheden, er, at Intermissionerne i kronisk forlöbende Tilfälde af Pyämi kunne have en meget betydelig Längde, indtil flere Uger. Når man under en sådan afebril Periode måler Temperaturen fire Gange i Dögnet, finder man imidlertid jävnlig, at den ikke er ganske normal, men at Kurvens Bevägelse henover det enkelte Dögn viser den Ejendommelighed, at Morgentemperaturen er höjere end Aftentemperaturen, eller at maximum falder ved Middagstid. De nävnte Forfattere tilråde derfor at afvänte det Tidspunkt, hvor denne Uregelmässighed ganske er ophört, forinden man slår sig til

* Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie. Fünfte Auflage 1871, S. 169—171 og S. 381—383.

Ro ved Tanken om, at den pyämiske eller septikopyämiske Proces er aflöben. End videre har DENNIG fremhävet, at Kulderystelser ikke blot ere hyppige ved den initiale Temperaturstigning, men også under det senere Forlöb, og at de her ikke blot indfinde sig sammen med Temperaturstigningen eller med Feberens Akme, men også kunne indträffe under Temperaturfaldet, hvad han godtgör ved en meget instruktiv Kurve. Endelig har DENNIG gjort opmärksom på, at i Tilfälde, der ende med Helbredelse, kan der holde sig subnormale Temperaturer flere Dage, efter at det definitive Temperaturfald har fundet Sted.

At väre fortrolig med disse Forhold har for närvärende Tid nok så stor Interesse for Medicineren som for Kirurgen; ti på samme Tid som sidstnävnte, takket väre Antiseptiken, själdnere og själdnere får med septikopyämiske Processer at göre, henförer den förstnävnte hyppigere og hyppigere Tilfälde, hvis Tydning tidligere var umulig, under det af LEUBE i 1878 opstillede nosologiske Begreb, »*den spontane eller kryptogenetiske Septikopyämi*», hvorved forstås en septisk Infektion med Tilböjelighed til Metastasering i forskellige Organer eller Väv, men uden sikkert påviseligt Udgangspunkt i en perifer travmatisk Affektion. Defineret på denne Måde kan, så vidt Forfatteren skönner, den af LEUBE valgte terminus meget vel däkke så vel over WUNDERLICHS »*spontane Pyämi*» som over den af HUTINEL og CLAISSE[6]) beskrevne »*medicinske Septikämi*» og over den af KULNEFF[7]) beskrevne »*primäre Septikämi*»; ti om man forudsätter, at en Indgangsport for Infektionen har väret til Stede, men ikke har kunnet erkendes, eller at den ganske har manglet, torde praktisk set blive noget när det samme.

At de i det föregående berörte Forhold have Aktualitetens Interesse for Klinikeren, derom kan der ikke ret vel rejses Tvivl; ti enhver, som i de seneste År har haft Lejlighed til at undersöge et större Antal Patienter, vil ikke kunne have undladt at lägge Märke til, at de diagnostiske Vanskeligheder i en Del Tilfälde bedst eller kun lade sig overvinde ved at supponere Tilstedevärelsen af en Septikopyämi på ubekendt ätiologisk basis og med Lokalisation til forskellige Organer, såsom Hjärtet, Lungerne, Leveren, Nyrerne, Mellemöret, Leddene o. s. v.

På den af Forfatteren ledede Afdeling ere Tilfälde af denne Art i alt Fald forekomne påfaldende hyppigt, og uregelmässigt intermitterende Spring i Temperaturen have jävnligt afgivet Ledetråden for den rigtige Erkendelse af Sygdommens Natur. Undertiden er Diagnosens Rigtighed bleven konstateret ved Avtopsi; men ikke ganske själdent er der indtrådt Helbredelse, eller der er resulteret en kronisk Organsygdom ud af Infektionen, f. Ex. blivende Klappefejl ud af en endocarditis valvularis ulcerosa s. verrucosa. Denne Erfaring, nemlig at den kryptogenetiske Septikopyämi i en Del Tilfälde ikke frembyder samme Malignitet som i andre, ligesom den til visse Tider opträder med större Hyppighed end til andre, er hverken ny eller enestående, men afgiver kun Bekräftelse på, hvad v. JÜRGENSEN tidligere har iagttaget i Tübingen ([5] b, S. 280).

Der er imidlertid også en anden Grund til at skänke de såkaldte springende Temperaturer foröget Opmärksomhed, nemlig den, at Låren om den intermitterende Galde- eller Leverfeber som diagnosticum for Suppuration i Leveren eller i Galdevejene uden Tvivl tränger til at revideres.

I den almindelige Bevidsthed er Begrebet: »fièvre intermittente hépatique» knyttet til CHARCOTS Navn, fordi han i sine Leçons sur les maladies du foie [8]) skänkede den en forholdsvis udförlig Omtale; han nävner imidlertid MONNERET som den, der allerede tidligere fuldständigt havde erkendt den omhandlede Febertypes Forhold til Leversygdomme. Der forelå desuden forud for CHARCOTS Värk kasuistiske Meddelelser i nävnte Retning fra MAGNIN * og REGNARD. ** Går man noget längere tilbage i Tiden, vil man i HENOCHS Klinik der Unterleibs-Krankheiten [9]) finde forskellige af CONSTANT, BUDD, TRAUBE og HASPEL meddelte Beretninger om, at intermitterende Feber af hektisk Karakter er iagttaget i Tilfälde, hvor der ved Avtopsien påvistes Abscesser i Leveren, og i Fölge CHARCOT kan Erkendelsen af denne Sammenhäng endog forfölges så langt tilbage som til Slutningen af forrige Århundrede (SENAC og SÖMMERING). Da det imidlertid er i CHARCOTS ovennävnte Arbejde, at de Forfattere, som senere have skrevet om Leverfeber, tage deres Udgangspunkt, er det rigtigst at undersöge, hvorledes det nävnte Begreb sammesteds er afgränset. CHAR-

* De quelques accidents de la lithiase biliaire. Paris 1869.

** Mémoires de la Société de Biologie 1873.

COTS Beskrivelse falder i Hovedsagen sammen med den af andre Forfattere givne Beskrivelse af den pyämiske Feber; men han fremhäver, at Anfaldene undertiden gentage sig med en Regelmässighed, der kunde bringe en til at tänke på febris intermittens, når ikke Temperaturstigningerne i Regelen indtraf om Aftenen, medens de ved sidstnävnte i Regelen indträffe om Morgenen.

Denne vesperale Type har Leverfeberen imidlertid tilfälles med andre symptomatiske intermitterende Febre, f. Ex. den uroseptiske (og den hektiske Feber hos tuberkulöse?). At Leverfeberen på en Måde er kronisk, idet den kan vare to til tre Måneder med feberfri Intervaller på indtil 15 Dage, er af CHARCOT anfört blandt dens Särkender, ligesom også at Udgang i Helbredelse er mulig; men det vil let indses, hvad CHARCOT heller ingenlunde har väret blind for, at hverken noget enkelt af de nävnte Karaktermärker eller alle tilsammen sätte os i Stand til at skelne Leverfeberen fra den Feber, som kan ledsage Sygdomme i andre Organer ([8], S. 179).

Den eneste radikale Forskel imellem Leverfeberen og andre Arter af intermitterende Feber söger CHARCOT derimod i det af REGNARD påviste Forhold, at der kan finde en Antagonisme Sted mellem Temperaturkurven og den Kurve, som angiver den dagligt gennem Urinen udskilte Urinstofmängde, således at sidstnävnte synker på Dage, hvor den förstnävnte viser pludselige Stigninger, medens der til Gengäld opträder Leucin og Tyrosin i Urinen. Hvor stor en Vägt CHARCOT lägger på dette Forhold, vil fremgå deraf, at han ikke blot gentagne Gange udförligt omtaler det ([8], S. 97 og 180) og i en af de Värket ledsagende Tavler grafisk gengiver REGNARDS Observation,* men at han også söger at give en rationel Forklaring deraf, idet han går ud fra, at, da Leveren er det principale focus for Urinstoffets Dannelse, må Feber medföre en forhöjet Funktion fra dette Organs Side, altså, når det er intakt, også en foröget Urinstofudskillelse gennem Urinen samtidig med Temperaturstigningen, således som det er Regelen ved intermitterende Febre. Når derimod Leveren er Sädet for dybtgribende anatomiske Forandringer, vil Temperaturstigningen ganske vist også medföre en foröget Desassimilation; men Produkterne af denne Desassimilation ville, da det urinstofdannende Organs

* En grafisk Fremstilling af samme findes også hos SCHÜPPEL ([12], S. 248).

Funktion er nedsat, blive stående på et lavere Trin, eller med andre Ord, der vil udskilles gennem Urinen Leucin og Tyrosin, men mindre Urinstof end ellers (S. 98). Denne Forklaring er fremsat med al mulig Reservation og er måske heller ikke ganske fyldestgörende, ligesom det heller ikke lader sig benägte, at en Sammenstilling af Udtalelserne om den omhandlede Antagonisme på forskellige Steder i CHARCOTS Arbejde berettiger til nogen Tvivl om hans virkelige Mening med at betone den så stärkt.

Vi skulle nu gå over til at undersöge, hvilken diagnostisk Betydning CHARCOT har ment at burde tillägge den intermitterende Leverfeber, et Spörgsmål, der väsentlig falder sammen med fölgende andet: hvilke sygelige Tilstande i Leveren kunne ledsages af intermitterende Temperaturer? Dette Spörgsmål besvarer CHARCOT på fölgende Måde: I Flertallet af Tilfålde vil der findes Obliteration af Galdevejene enten på Grund af Galdesten eller af hvilken som helst anden Årsag, f. Ex. cancer i caput pancreatis; Galdegangene findes udvidede og frembyde udtalte Tegn på Betändelse, ligesom Levervävet er Sädet for mere eller mindre dybtgribende konkomiterende patologiske Forandringer. Uagtet CHARCOT altså går ud fra, at Tilstedevärelsen af pus eller mucopus, blandet med stagnerende Galde, i de dilaterede Galdeveje afgiver den gunstigste anatomiske Betingelse for Fremkomsten af den omhandlede Febertype, indrömmer han dog, at der kan findes angiocholitis purulenta, uden at den behöver at ledsages af intermitterende Feber, og at på den anden Side sidstnävnte kan findes, uden at der i egentlig Forstand existerer Suppuration i Galdevejene så lidt som Abscesser i Leveren. Disse patologiske Tilstande kunne altså ikke i og for sig afgive Årsagerne til Feberen, og CHARCOT opstiller derfor den Hypotese, at sidstnävnte skyldes Tilstedevärelsen i de dilaterede og betändte Galdeveje af »et septisk Princip», en pyretogen Sygdomsgift, som resulterer af en Forandring af Galden —, men hvis närmere Natur er ubekendt, ligesom også de närmere Betingelser for dens Dannelse.

Hvor det drejer sig om Grus eller Sten i de intrahepatiske Galdegange, kan ikke blot Kolikanfald, men også icterus mangle, ligesom sidstnävnte også kan mangle, når Tillukningen af choledochus ikke er fuldständig, men når der desuagtet findes Galdestase. CHARCOT tilråder at skelne imellem intermitterende Leverfeber og den Feber, som stundom ledsager

Galdestenskoliker, »den hepatalgiske», fordi de have en forskellig klinisk Betydning, uagtet de efter hans Skön have samme dybere Årsag, nemlig Overgang af pyretogene Stoffer i Blodet. Galdestenens Passage gennem Udförselsesgangene afgiver nemlig blot Lejlighedsårsagen for en sådan Overgang, idet den bevirker solutiones continui i Slimhinden eller foröger Trykket i Galdegangene på samme Tid, som den forårsager en subakut Betändelse, hvis Produkter, idet de blandes med Galden, virke som Fermenter og meget hurtigt medföre en Forandring af det nävnte Exkret. Til Stötte for Rigtigheden af denne Hypotese henviser CHARCOT til, at man ikke iagttager Kulderystelser under Galdestenskolik undtagen hos Individer, som allerede i längere Tid have haft en Betändelse i Galdevejene, og at Kulderystelsen under Kolikanfald stundom danner Indledningen til en Räkke intermitterende Feberanfald, uden at der på ny iagttages Kolikanfald. En yderligere Stötte for Rigtigheden af sine Synspunkter angående Leverfeberens Patogenese söger CHARCOT i Analogierne mellem denne og den såkaldte uroseptiske Feber, specielt mellem den hepatalgiske Feber og Uretralfeberen efter Kateterisation. Disse Analogier ere dragne med en Skarpsindighed og Konsekvens, der röber den overlegne Kliniker, ligesom CHARCOTs Fremstilling af Leverfeberen i det hele taget, trods enkelte Selvmodsigelser, bärer Vidne om, at han ikke blot har behersket Spörgsmålets kliniske Side, men at han også selv på de Punkter, hvor han måtte indskränke sig til hypotetiske Forklaringer, har formået at afstikke Vejen for fremtidige Undersögelser på den såkaldte exakte Forsknings Område.

Medens der i sidstnävnte Retning er arbejdet med overordentlig Dygtighed og Ihärdighed i de mellemliggende Decennier og derved tilvejebragt nogen Sandsynlighed for, at CHARCOTs Opfattelse af den såkaldte Leverfebers Patogenese er rigtig, så er det kliniske Grundlag, som CHARCOT og hans Forgängere havde lagt, ikke blevet udvidet og konsolideret i nävneväerdig Grad. Årsagen hertil er det let at få Öje for, når man erindrer, at den medicinske Klinik netop i den forlöbne Tid har gennemlevet en Overgangsperiode, under hvilken Besträbelserne mere ere gåede i Retning af at samle Iagttagelser til Stötte for denne eller hin, gennem Laboratorieundersögelser skabte, Doktrin end i Retning af selvständigt

Arbejde grundet på en kritisk Vurdering af de ved Sygesängen indhöstede Erfaringer.

En närmere Betragtning af den såkaldte Leverfebers senere Skäbne vil da også vise, at dette Begreb snarere har tabt end vundet i Fasthed og Klarhed siden CHARCOTS Tid. Nyere franske Forfattere lägge i Hovedsagen hans Synsmåde til Grund for deres Fremstillinger, kun at de, som naturligt er i Betragtning af deres Uddannelse og Påvirkning af moderne Doktriner, i höjere Grad end CHARCOT betone Febertypens patognomoniske Betydning for Diagnosen angio-cholitis. Således betegner f. Ex. DUPRÉ den som »le critérium de l'infection biliare secondaire», men uden närmere Begrundelse gennem Iagttagelser ved Sygesängen ([10], S. 116), og CHAUFFARD, der foreträkker Benävnelsen: »fièvre intermittente bilioseptique» fremfor »fièvre intermittente hépatique», betegner den som det kapitale Symptom på angiocholitis, det Symptom, uden hvilket Diagnosen nästen ikke er mulig; men han tager dog nogen Reservation, idet han noget senere betegner den omhandlede Febertype som *nästen* patognomonisk for Suppuration i Galdevejene og indrömmer, at der er fuldständig Analogi mellem hin og den såkaldte uroseptiske så vel som den såkaldte bronkoseptiske Feber, der findes ved visse gamle Bronkiedilatationer med Suppuration. Denne sidste Indrömmelse er, som vi senere skulle se, af väsentlig Betydning, uagtet CHAUFFARD kun fremförer den ganske en passant ([11], S. 709—712).

I Flertallet af de tyske Hånd- ogLäreboger får Feberen ved angiocholitis og suppurativ hepatitis kun en flygtig Omtale: SCHÜPPEL, [12]) EICHHORST, [13]) v. JÜRGENSEN, [5]b) LEUBE, [14]) STRÜMPELL. [15])

Den eneste af de nävnte Forfattere, der skänker CHARCOTS Fremstilling af la fièvre intermittente hépatique nogen större Opmärksomhed og til en vis Grad yder den sin Tilslutning, er SCHÜPPEL ([12], S. 246—249); flere af de andre, f. Ex. LEUBE ([14], S. 199) og v. JÜRGENSEN ([5] b, S. 672), tage snarest nogen Afstand fra det nävnte nosologiske Begreb, og den sidstnävnte fremhäver udtrykkeligt, at man med Henblik på de mange anatomiske Muligheder, som kunne foreligge, gör rettest i i hvert enkelt Tilfälde at söge at udgrunde, hvilken Betydning der bör tillägges den intermitterende Feber i Steden for på Forhånd at sätte den i Kavsalforbindelse med sepsis i stagnerende Galde.

Om selve Feberkurvens Form hersker der en Del Uenighed, idet nogle, f. Ex. SCHÜPPEL ([12], S. 54), fremhåve dens Uregelmässighed, medens andre, f. Ex. EICHHORST ([13], S. 321) og LEUBE ([14], S. 177 og 198), göre opmärksom på, at Intermissionerne ikke själdent opträde med sådan Regelmässighed, at Forvexling med malaria er mulig. Alle synes derimod at väre enige om, at Kurven ikke frembyder Karakterträk af den Art, at man alene af disse kan väre berettiget til at slutte noget om Sygdommens Säde. LEUBE betoner således ([14], S. 176 og 178), at, först når man gennem den fysikalske Undersögelse utvivlsomt har konstateret Tilstedevärelsen af en Leverlidelse, kan man i den intermitterende, af Kulderystelser ledsagede Febers Opträden söge et Kriterium for, at det drejer sig om en suppurativ hepatitis, men at Sikkerhed i Diagnosen dog först nås, når man med stor Sandsynlighed kan formode eller med Bestemthed kan påvise et Udgangspunkt for Suppurationen enten indenfor Portåreudbredningen eller i Hjärtet, Lungerne eller et andet Organ.

I Hovedsagen gör STRÜMPELL ([15], S. 725) en lignende Opfattelse gäldende, og han fremhåver desuden udtrykkeligt, at den intermitterende Feber mister sin Betydning for den specielle Diagnose af Suppuration i Leveren, når sidstnävnte opträder som Led i en almindelig pyämisk Infektion.

På dette sidste Punkt skal Forf. af denne Afhandling i det fölgende komme närmere ind ligesom også på et andet Punkt, der er fremhävet af SCHÜPPEL ([12], S. 54) og STRÜMPELL ([15], S. 725), nemlig at den intermitterende Feber ikke fortrinsvis er knyttet til angiocholilis, der kan forlöbe latent, d. v. s. uden eller med moderat Feber, men derimod til Ulcerationsprocesser i Galdegangenes Vägge og deraf resulterende sekundär Abscesdannelse i Levervävet. Sidstnävnte Forfatter gör fremdeles opmärksom på, at der efter de pludselige Stigninger i Temperaturen jävnlig fölger dybe Fald af samme; men han fremhåver udtrykkeligt, at denne Form af intermitterende Feber er karakteristisk for mange andre Abscesser end Leverabscesserne ([15], S. 725). Også NAUNYN ([16], S. 126) har henledet Opmärksomheden på de store Spring i Temperaturen og på dennes Synken til subnormale Grader (36—35,5° C.); men heller ikke denne Forfatter finder heri noget karakteristisk for Leverabscesser, men kun et Udtryk for en meget svär Infektion.

Det turde af ovenstående Fremstilling väre indlysende, at, hvor megen Vägt Klinikerne end have lagt på intermitterende Feber som Kriterium for, at den på andre Symptomer stöttede Diagnose af Sygdom, specielt Suppuration, i Leveren var rigtig, så er der ingen blandt dem, som har haft Dristighed nok til at ville hävde, at der findes en Feberkurve af en så karakteristisk Form, at den i og for sig, altså selv om alle andre Holdepunkter for Diagnosen mangle, kan tjäne til at dokumentere, at der findes Suppuration i Leveren. Således som Spörgsmålet var lagt til Rette i Literaturen, måtte Opgaven for en yderligere klinisk Vurdering af den intermitterende Feber med springende Temperaturer nödvendigvis falde i en af to Retninger. Enten måtte man söge at vise, at, når der ved Sygdomme i Leveren optrådte intermitterende Feber, så var denne konstant eller dog hyppigt ledsaget af visse Symptomer, som manglede, når den til Grund for Feberen liggende Suppurationsproces måtte söges udenfor Leveren, — eller også måtte man anlägge en bredere Basis for Undersögelsen og göre Forsög på at sammenstille og kritisk vurdere de forskellige patologiske Tilstande, ved hvilke en såkaldet symptomatisk intermitterende Feber kan forekomme. Hvis det herved kunde lykkes at finde et fälles Bindeled imellem hine patologiske Tilstande, vilde der väre gjort et Skridt henimod Forståelsen af den omhandlede Febertypes Patogenese, og denne Indsigt måtte da kunne komme den kliniske Diagnostik til gode.

Forinden Forfatteren gör Forsög på at vise, at man ad bägge de nävnte Veje formentlig vil kunne komme et Skridt fremad, skal han imidlertid kort beröre et Par Afhandlinger vedrörende Feberen ved Leversygdomme, hvilke stamme fra Prof. K. FABERS Hånd. I den förste ([17]) af disse bruges stadig Benävnelsen intermitterende Galdefeber, som illustreres ved to Tilfälde, der bägge fremböd utvivlsomme Symptomer på Leverlidelse. Det ene af dem henföres under HANOTS »Cirrhose hypertrophique», og Sektionsfundet må også närmest siges at passe på denne Sygdomsform, hvorimod Sygehistorien på flere og tilmed väsentlige Punkter ikke svarer til det kliniske Billede, HANOT har udkastet ([19] og [20]). Det andet Tilfälde, der endte med Helbredelse, efter at der var gjort Kolekystotomi, er af FABER opfattet som idiopatisk infektiös angiocholitis eller snarere hepatitis; men det forekommer Forfatteren, at hele Sygehistorien langt snarere tyder på cholelithiasis,

uagtet der ved Operationen ikke fandtes Galdesten. * I Slutningen af den nävnte Afhandling gör FABER, stöttet til de beskrevne to Tilfälde, gäldende, at den intermitterende Galdefeber til Forskel fra Feberen ved Malaria og Pyämi så vel som fra den uroseptiske og bronkoseptiske Feber i Regelen når betydelig höjere Grader, og at Kulderystelserne ere voldsommere, samt at den viser udtalte subnormale Temperaturer. På dette sidste Forhold lägger FABER särlig Vägt; han betoner, at han ikke har set det fremhävet för, og han söger Forklaringen for Fänomenet i den Hypotese, at samtidig med, at en Dosis Gift optages af Blodet, optages også en Dosis Galdefarvestoffer, »og disse bevirke netop subnormale Temperaturer, men må antages at väre langsommere i deres Virkning end den pyretogene Gift» ([17], S. 33).

I en senere Afhandling, [18]) der bärer Overskriften: »Intermitterende Leverfeber uden icterus», har FABER, stöttet til et nyt Tilfälde, sögt at dokumentere, at Temperaturkurven kan väre så karakteristisk, at den, selv når icterus mangler, bestemt peger på Leveren som det syge Organ; han fremhäver også her, at de med Feberanfaldene vexlende, subnormale Temperaturer i visse Tilfälde kunne afgöre Spörgsmålet, uagtet han må indrömme, at sådanne subnormale Temperaturer også undtagelsesvis findes ved Pyämi, uden at Leveren er lidende. I Epikrisen til den omhandlede Sygehistorie, til hvis Enkeltheder Forfatteren senere skal komme tilbage, udtaler FABER: »Efter denne Erfaring bör man sikkert mere end hidtil agte på den intermitterende Karakter og specielt på de med Feberanfaldene vexlende, subnormale Temperaturer, så at man kan kende Febertypen, selv om icterus mangler», og noget senere hen udtaler han, »at Leveren er det eneste Organ, som påtrykker Feberen et eget Stempel, uafhängig af Infektionens Natur». At den Forklaring af de subnormale Temperaturers Opståen, som er given i den förste af de to Afhandlinger, er irrelevant,

---

* Til Stötte for denne Formodning kan Forf. henvise til de af vor Landsmand, Dr. CHR. FENGER i Chicago, for ikke länge siden offentliggjorte Tilfälde af bevägelig Galdesten i ductus choledochus. I det förste af disse var der typiske intermitterende Feberattakker, som indfandt sig daglig til en bestemt Tid; men ved Sektionen påvistes hverken pus eller Betändelse i eller omkring den udvidede ductus choledochus så lidt som cholangitis. Også i et andet af Tilfäldene, der endte med Helbredelse efter Operation (Nr IV), omtales intermitterende Feberattakker, og her blev der ved Incision af ductus choledochus udtömt klar, lys Galde, som ved bakterioskopisk Undersögelse viste sig at väre steril ([43], S. 3—5 og S. 17—19).

når icterus mangler, synes at väre undgået FABERS Opmärksomhed.

Spörgsmålet, således som det i Henhold til ovenstående Fremstilling foreligger til Besvarelse, drejer sig altså ikke om, hvor vidt betydelige og tilsyneladende umotiverede Spring i Temperaturen kunne bidrage til at sikre Diagnosen Leversygdom, når andre og direkte Symptomer fra Organets Side pege i denne Retning, — ti herom ere vel alle Klinikere enige, — men det drejer sig om, hvor vidt der gives en Feberkurve, som på Grund af Temperaturens voldsomme, pludselige Spring, på 3 til 5° C. eller derover indenfor 24 Timer, og navnlig på Grund af dens jävnlige Synken under det normale er i den Grad karakteristisk, altså forskellig fra alle andre Feberkurver, at den med Rette fortjäner Navnet »Leverfeber», fordi den gör det muligt at stille Diagnosen på Leversygdom, selv om alle andre Symptomer på sådan Lidelse mangle?

Enhver Kliniker vil vel, når han ved Sygesängen kommer til at stå overfor intermitterende Feber, og når han på Grund af ulige Intervaller mellem Temperaturstigningerne, Anamnesen, eventuelt Uvirksomheden af Kininbehandlingen * har udelukket Malaria, komme til at tänke på akut Tuberkulose eller på Septikopyämi, navnlig den Form af samme, som benävnes den kryptogenetiske, og som jo fortrinsvis hörer hjemme på den interne Medicins Domäne. Forelöbig ville vi lade Tuberkulosen ude af Betragtning og holde os til Septikopyämien. Vi ville da finde, at DENNIG i det tidligere citerede Arbejde har givet en grafisk Fremstilling af et Par Feberkurver, som kun ved Manglen af subnormale Temperaturer eller derved, at disse ere svagt udtalte, adskille sig fra de af Prof. FABER gengivne Leverfeberkurver. Det ene af DENNIGS Tilfälde vedrörer en 24-årig Kvinde med Septikopyämi. Af kliniske Symptomer ere anförte angina, Muskelsmerter, parotitis, Tegn på let Fortätning i höjre Lungespids, erethismus cordis, pleuritis sicca, Miltsvulst, men ingen Symptomer på Leverlidelse. Under Forlöbet af Sygdommen, der endte letalt på 19de Dag, noteredes 12 Kulderystelser, af hvilke flere indtrådte under Temperaturfaldene. Sektion foreligger ikke. — Det andet Tilfälde angår en 40-årig Kvinde med puerperal sepsis. Af kliniske Symptomer omtales uregelmässig Hjärteaktion, Miltsvulst

* Som bekendt findes der dog Tilfälde af malaria, som ikke vige for Kinin, men derimod for Arsenik.

og peritonitiske Gnidningslyd over Milt og Lever, men intet Tegn på, at sidstnävnte Organ i övrigt var draget med ind i Lidelsen. Temperaturen blev definitivt normal på 19de Dag, og Tilfäldet endte med Helbredelse. Der noteres en enkelt Kulderystelse og gentagne häftige Kuldefornemmelser. Et Par ganske lignende Kurver ved kryptogenetisk Septikopyämi ere gengivne af WAGNER ([4], S. 554).

I Leçons de clinique médicale (1885—86) har JACCOUD grafisk gengivet et Par Kurver, i hvilke de subnormale Temperaturer ere ligeså stärkt udtalte som i de af FABER meddelte. Den ene af dem, i hvilke der jävnlig träffes Fald indtil 35,2° C., er af JACCOUD henfört til Fièvre typhoïde à rechutes multiples; men det turde måske väre naturligere at antage, at det har drejet sig om Septikopyämi i Tilslutning til Tyfoidfeber, eftersom der under de formodede rechutes manglede Symptomer fra Tarmens Side og i alt Fald under det ene af dem optrådte multiple Abscesser * på Extremiteterne; desuden viser Temperaturkurven som Helhed betragtet den springende Type, og definitiv Apyrexi indfandt sig först på Sygdommens 166de Dag. Hverken i dette eller i det andet Tilfälde, der angår en ulcerös endocarditis under Graviditet, omtales kliniske Symptomer fra Leverens Side; men da også dette Tilfälde endte med Helbredelse, mangler der endnu et Led i Bevisförelsen, idet det vil kunne göres gäldende, at der muligvis, ligesom i FABERS Tilfälde, vilde väre blevet påvist en Leverlidelse, dersom Tilfäldene vare komne til Avtopsi. Så lidet sandsynligt dette end forekommer Forf., skal han dog ikke bestride Indvendingens Berettigelse og skal derfor nu, stöttet til sine personlige Iagttagelser, göre Forsöget på at bevise, at ganske lignende Kurver som de ovenfor omhandlede kunne forekomme i Tilfälde, hvor Avtopsien viser, at Årsagen til den springende Temperatur ikke kan söges i patologiske Forandringer i Leveren, men må söges i andre Organer, og at selv Påvisningen af Suppuration i Leveren eller i Galdevejene ikke udelukker den Mulighed, at Årsagen til Temperaturspringene delvis må söges andensteds, idet der jävnlig tillige findes Suppurationsprocesser i andre Organer. — Til Stötte for Rigtigheden af den förstnävnte Påstand tjäner fölgende Sygehistorie, der ligesom de efterfölgende meddeles i kort Uddrag.

* Efter moderne Anskuelser skulle sådanne imidlertid også kunne betragtes som Resultat af Tyfusbacillernes Virksomhed.

I. Frederik Nielsen S., 58-årig ugift Arbejdskarl, indkom på Kommunehospitalets 3dje Afdel. d. $^{14}/_{6}$ 95 med Symptomer på pleuritis exsudativa dext. D. $^{5}/_{7}$ udtömtes ved Aspiration 1200 Kcm. serofibrinös Vädske. Pat. vedblev imidlertid at febricitere, emacierede, og der holdt sig stetoskopiske Tegn på pleuritis dext.; men gentagne Prövepunkturer gav negativt Resultat, for så vidt der den ene Gang kun udtömtes en ganske ringe Mängde sero-sangvinolent Väske under stärk Modstand fra Stemplets Side, den anden Gang ingen Vädske. I de sidste Uger för Döden blev Temperaturen mere springende end tidligere, således at der jävnlig var en Forskel på $2\frac{1}{2}$ til 3° C. mellem maximum og minimum indenfor samme Dögn; den var af og til under 36,5° C., en enkelt Gang faldt den pludseligt fra 38° til 34,7°.

Ved Sektionen påvistes et gammelt tuberkulöst focus i höjre Lungespids; pleuritis caseosa dext. et fibrosa adhæsiva sin.; pneumonia crouposa lob. medii dext.; cyanosis hepatis et lienis; degeneratio amyloidea endocardii, renum, mucosæ intestinalis; degeneratio adiposa myocardii; ulcera tuberculosa laryngis; arthritis urica.

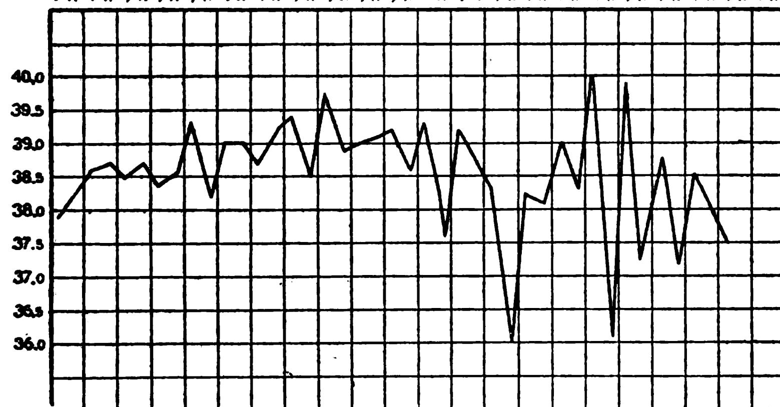
Sektionsjournalen oplyser fremdeles: *Mellem de indtil 2 Cm. fortykkede kaseöse Plevrablade på höjre Side findes hist og her et dels mere gelatinöst, dels purulent Exsudat, udfyldende små Spalter mellem Bladene.* På venstre Stemmebånd findes, svarende til proc. vocalis, en overfladisk Ulceration med grynede, infiltrerede Rande.

I ovenstående Tilfälde turde det väre berettiget at se bort fra Tuberkulose som Årsag til de springende Temperaturer; ti kun i larynx påvistes der en ubetydelig frisk tuberkulös Proces, og hele det övrige Sektionsfund, navnlig de amyloide Forandringer, tydede i Retning af, at det purulente Henfald af de kaseöse Masser i pleura var det väsentlige. I de efterfölgende Sygehistorier kan man derimod ikke med samme Ret udelukke Tuberkulosens Medvirkning til de springende Temperaturers Fremkomst. For at få et forelöbigt Begreb om Störrelsen af denne Faktor, har Forf. i 32, ikke vilkårligt valgte, men efter Räkkefölge udtagne, letale Tilfälde af Lungetuberkulose sammenholdt Temperaturkurverne med Sektionsfundene. Resultatet af denne Sammenstilling vil nedenfor blive närmere refereret. På dette Sted skal det kun i al Almindelighed fremhäves, at, for så vidt de tuberkulöse Processer i Hovedsagen vare lokaliserede til Respirationsorganerne, vare Spring i Temperaturen på over 2° C. i Dögnet altid knyttede til Tilstedevärelsen enten af stärkt uregelmässige Kaverner, i hvis sinuöse Vägge der var rig Anledning til Stagnation af Sekret, eller af purulent bronchitis med Bronkiedilatation, eller endelig af purulent Henfald af multiple, pnevmonisk infiltrerede, emollierede foci. I de nedenfor refererede 3 Tilfälde,

der ikke höre ind under de ovenfor nävnte 32, vare Temperaturspringene så store, at Tanken kunde ledes hen på de ovenfor nävnte patologiske Fund.

II. Martinus Peter E., 56-årig Arbejdsmand. Indkom d. $^{29}/_{10}$ 94, död d. $^{26}/_{11}$ 94.

Behandledes for phthisis dupl. (cavernosa?) + B.,* emphysema pulm., laryngitis et pharyngitis tuberculosa. Temperaturen svingede den meste Tid kun en til halvanden Grad i Dögnet; men fra d. $^{19}/_{11}$ viste den större Spring med maximum omkring 40° og minimum henimod 36° C., således som det fremgår af Kurve *A*.

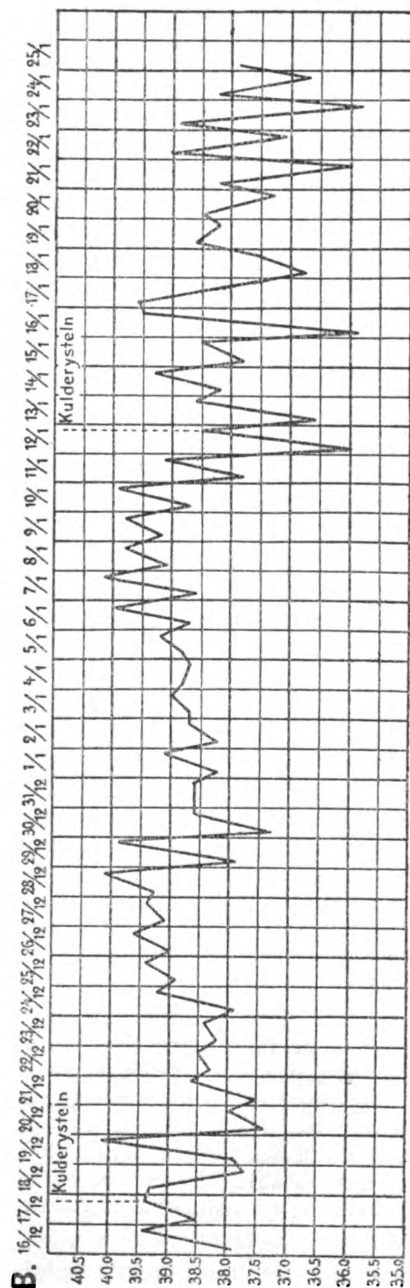


Ved Sektionen påvistes: Focus tuberculosus vetus apicis pulm. utriusque. Tuberculosis pulm. utriusque. Bronchiectasis diffusa. Bronchitis purulenta. Emphysema pulm. Ulcera tuberculosa laryngis et pharyngis. Perichondritis laryngea. Atrophia fusca et degeneratio adiposa myocardii. Hypertrophia lienis. Atrophia hepatis et renum. Tuberculosis renum l. gr. Periorchitis vetus.

Sektionsjournalen oplyser fremdeles: I Lungerne kun spredte små Peribronkiter foruden de äldre foci i apices, ingen större Kaverner, men *i venstre överste Lap et Par ärtestore, pusfyldte Hulheder, dannede ved kolbeformig Udvidning af et Par Bronkier. Bronkierne cylindrisk udvidede, Väggen fortyndet og belagt med tyndt pus.* Leveren lille, skarprandet, med Indtryk af costæ. Snitfladen mörk, rödbrun, blodrig, med tydelig acinös Tegning. Galdegangen åben, Galdeblären naturlig. Nyrerne små; på Overfladen af höjre og på Snitfladen af venstre et knappenålshovedstort gult Tuberkel.

---

* D. v. s. Tuberkelbaciller i Expektoratet.



III. Jensine H., 31 År, g. m. Arbejdsmand. Indkom d. $^7/_{10}$ 96, död d. $^{26}/_1$ 97.

Behandledes for phthisis pulm., imp. cav. dext. + B., bronchitis c. bronchiectasia, bronchopneumonia, pleuritis dext. Expektoratet gennemgående sparsomt, klattet, uden Lugt; der påvistes ved förste Undersögelse Tuberkelbaciller. Temperaturen var den meste Tid af moderat Höjde, viste dog allerede tidligt under Hospitalsopholdet Tilböjelighed til Uregelmässigheder; men i de sidste fem Uger blev disse mere fremträdende, således at Kurven antog en springende Karakter. (Se Kurve *B.*)

Ved Sektionen påvistes: Tuberculosis pulm. impr. dext. cum caverna magna. Peribronchitides tuberculosæ. Pneumonia crouposa cum emollitionibus purulentis. Bronchopneumoniæ croup. part. confluentis pulm. sin. Bronchitis purulenta. Pleuritis fibrosa et fibrinosa dupl. Stasis hepatis et renum.

Sektionsjournalen oplyser fremdeles:

Höjre Lunges Snitflade viser Tuberkulose, opadtil med en Knythånd stor Kaverne, hvis Vägge ere temmelig glatte og beklädte med en purulent Membran; den står i Forbindelse med en af de störste Bronkier. Desuden findes Tuberkulose rundt om i Vävet; men hele Resten af Lungen indtages af en krupös Pnevmoni (grå Hepatisation, granuleret Overflade, lufttomt Väv og flotterende krupöse Tråde), der ikke efterlader noget som helst luftholdigt Väv, og som *på talrige Steder viser fra ärt- til valnödstore purulente Emol-*

litioner med Indhold af gult, flödeagtigt pus. Det er ikke muligt med Sikkerhed at afgöre, om Pnevmonien er opstået ved Sammensmeltning af talrige mindre Bronkopnevmonier, om end dette er det sandsynligste. Der er *pus i alle Bronkier, hvis Slimhinde er stärkt injiceret og svullen.*

I venstre Lunge nedadtil talrige små Bronkopnevmonier, og i nederste Del af överste Lap findes en lignende pnevmonisk Infiltration som den i höjre Lunge, men af betydelig ringere Udsträkning. *Også i denne Lunge findes emollierede purulente Partier i det pnevmonisk infiltrerede Väv;* desuden findes Tuberkulose, men kun i ringe Udsträkning.

Leveren viser väsentlig kun parenkymatös Degeneration og nogen Stase.

IV. Johan Heinrich H., 53-årig, gift Snedkersvend. Indkom d. $^{31}/_{1}$ 95, död d. $^{2}/_{6}$ 95.

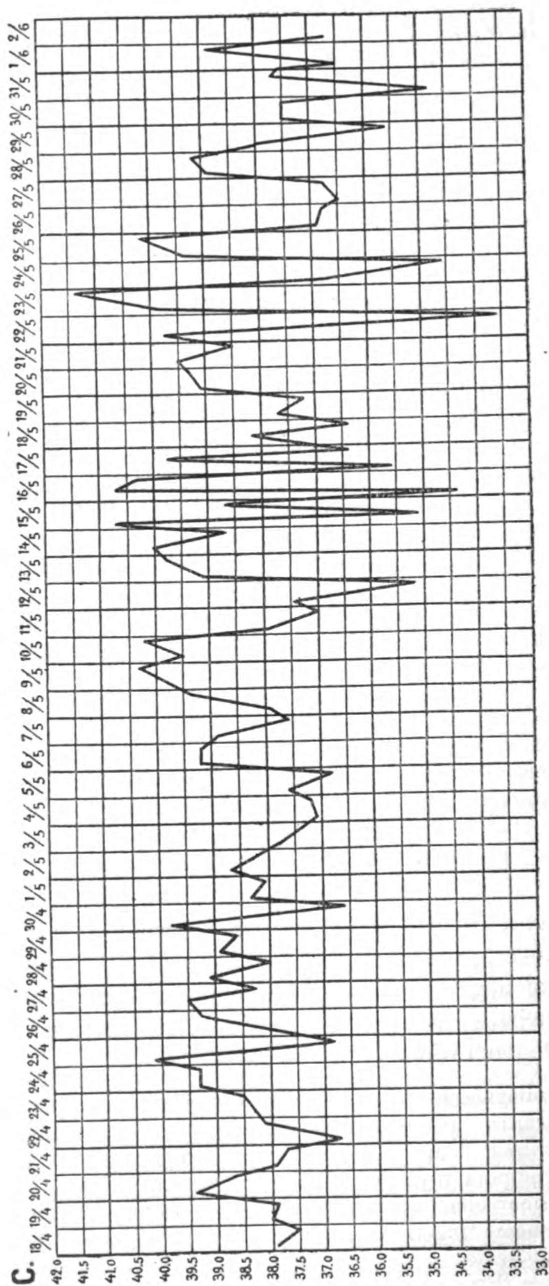
Pat. fremböd ved Indläggelsen Tegn på bronchitis samt på Fortätning i höjre Lunge, der tydedes som Bronkopnevmoni; desuden havde han en deformerende Affektion af Hånd- og Fingerled, hvilken til Dels blev tydet som arthritis saturnina. I Exspektoratet, der havde en svag aromatisk Lugt, påvistes hurtigt Tuberkelbaciller. I förste Halvdel af Hospitalsopholdet fremböd Temperaturerne ikke noget ejendommeligt. Aftentemperaturen var i Regelen noget over, Morgentemperaturen noget under 38° C.; fra Slutningen af Marts optrådte en Uregelmässighed i Temperaturkurven med noget större Spring og jävnlig med typus inversus; efterhånden tiltog disse Uregelmässigheder, og i Slutningen af April var der allerede Spring på 3° C. eller derover, men i Löbet af Maj nåede de af og til langt höjere, således at Temp. endog i Löbet af 24 Timer sprang fra 33,6° til 41,4° C., altså nästen 8°. Exspektoratet blev mere og mere purulent, lignende til Tider nästen rent pus. Udtalte Kulderystelser noteredes kun et Par Gange, derimod var der meget jävnlig Kuldegysninger og Kuldefornemmelser. Döden indtrådte under tiltagende Emaciation og Hektik.

At man i dette Tilfälde let kunde komme til at tänke på såkaldet Leverfeber, vil et Blik på Kurve *C* (S. 18) vise; men der fandtes ikke noget klinisk Symptom på Leveraffektion, og ved Sektion påvistes heller ingen sådan, fraregnet nogen parenkymatös Degeneration.

Sektionsdiagnosen löd på: Tuberculosis cavernosa pulm. utriusque + B. Bronchitis. Bronchiectasis diffusa. Bronchopneumoniæ lob. inf. dext. Hyperplasia lienis. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Degeneratio adiposa myocardii. Arteriosclerosis. *

Sektionsjournalen oplyser fremdeles: Bägge Lunger adhärente, noget voluminöse; ingen Ansamling i pleuræ. I höjre apex en omtr.

* De afficerede Hånd- og Fingerled bleve des värre ikke närmere undersögte ved Sektionen, hvilken Forf. var forhindret i at overväre.



hönseägstor Kaverne med ulcererede Vägge og rigelige Trabekler; den nederste Halvdel af överste Lap er skiferindureret, fast, lufttom; nederste Lap fuldständig lufttom, svullen, fast, men mör; Snitfladen gråligröd, ikke granuleret; ved Tryk udflyder en mukopurulent Vädske. *Bronkierne* i denne Lap *meget stärkt udvidede, Slimhinden* mörkt injiceret, *pusbelagt; hist og her findes Henfald i små Kaverner.* Venstre överste Lap i det hele luftholdig, indeholder i Midten en hvidlig, stjärneformig Cikatrice, nedadtil findes et valnödstort, kaseöst, til Dels emollieret focus; i övrigt er Vävet i denne så vel som i nederste Lap luftholdigt, noget emfysematöst, på de deklive Partier hyperämisk og adenomatöst, med spredte Peribronkiter. *Bronkierne overalt noget udvidede,* og Slimhinden her så vel som i trachea og larynx noget svullen og injiceret.

Leveren noget stor, med glat Overflade. Vävet skinner igennem med gullig Farve. På Snitfladen ses Vävet blegt gulligt, med mörkere Farvning i centrum. Vävet tört, uigennemsigtigt, slapt og mört. Galdegangene almindelige. Galdeblären naturlig.

Det forekommer Forf. lidet sandsynligt, at de springende Temperaturer i de ovenfor refererede tre Tilfälde udelukkende eller dog for en overvejende Del skulde kunne göres afhängige af Tuberkulosen. Imod en sådan Opfattelse taler, at man ved Sektioner kan träffe, ja ret jävnlig träffer, ikke blot Lungerne, men også Leveren, Nyrerne og andre Organer gennemsåede med miliäre Gryn, uden at Temperaturkurven har frembudt den omhandlede Type, at sidstnävnte langt fra at väre Regelen ved akut Miliärtuberkulose, ved meningitis tuberculosa og ved phthisis tuberculosa pulmonum, tvärtimod kun forekommer forholdsvis själdent, i alt Fald i sine udtalte Former, ved disse Lidelser.*

Blandt de 32 Tilfälde af letal Lungetuberkulose, som ere gjorte til Genstand for närmere Prövelse, fandtes i de 19, alle omfattende voxne Individer, således aldrig Spring i Temperaturen på over 2° C.; i 8 Tilfälde fandtes, ligeledes hos voxne, Spring på indtil 3° C.; i 2 Tilfälde, vedrörende Börn med universel Miliärtuberkulose, overskredes denne Gränse en enkelt Gang. I 3 Tilfälde endelig, hos Individer i Alderen fra 27 til 37 År, iagttoges jävnligt Spring over 3° C.

Den ene af disse Patienter, en 27-årig Arbejdsmand, Harald B., indkom $^{21}/_{4}$ 95 og döde $^{5}/_{7}$ 95. Ved Sektionen fandtes i bägge överste Lungelapper Kaverner fra Nöd- til Hönseägstörrelse. *Bronkierne*

* Medens denne Afhandling var i Trykken, har Forf. på sin Afdeling set et Tilfälde af meget udbredt akut Miliärtuberkulose (Sektion), hvor Temperaturen under en Observationstid på 17 Dage var fuldständigt normal. Pat. var en 38-årig Kvinde.

vare *overalt noget udvidede, deres Slimhinde* injiceret og *pusbelagt.* Leveren fremböd intet abnormt; men gennem hele Tarmens Längde var der tuberkulöse Ulcerationer.

Den anden Patient var en 37-årig Arbejdsmand, Anders J., som indkom $^{27}/_{8}$ 94 og döde $^{4}/_{9}$ 94. Her fandtes ved Sektionen i höjre Lunge talrige små og middelstore Kaverner, fremgåede af Peribronkiter, i venstre Lunges överste Lap *flere store, uregelmässige, anastomoserende Kaverner med ulcererede Vägge,* overalt stärk Injektion af Bronkiernes Slimhinde, udbredte tuberkulöse Sår gennem hele Tarmens Längde.

Det tredje Tilfälde angår en 30-årig Syerske, som indkom $^{27}/_{5}$ 95 og döde $^{5}/_{7}$ 95. Her var der under den sex Ugers Observationstid 7 Gange Spring på 3° C. eller derover, og ved Sektionen påvistes i höjre överste Lungelap en *stor, pusfyldt Kaverne;* i samme Lunges nederste Lap var Vävet fast og lufttomt, med *talrige kaseöse Infiltrater, som for en stor Del vare henfaldne til Småkaverner;* Bronkiernes Slimhinde noget injiceret, belagt med mucopus. Udbredte tuberkulöse Sår gennem hele Tarmens Längde; i rectum dels Sår, dels Ar, som foranledigede Striktur, dels Fistler.

Når vi med de Holdepunkter angående Årsagerne til de springende Temperaturer, som kunne fås gennem Betragtningen af de ovenfor omhandlede Tilfälde, i hvilke Springene vare särligt udtalte, undersöge Forholdene i de 10 Tilfälde, i hvilke Springene bevägede sig mellem 2 og 3° C. eller i alt Fald kun en enkelt Gang overskred sidstnävnte Gränse, — nemlig hos to Börn med universel akut Miliärtuberkulose i Tilslutning til Lungeaffektionen, — ville vi finde, at der i 7 af de 8 resterende Tilfälde ved Sektionen påvistes de i det foregående omtalte Betingelser for Stagnation af Sekret, nemlig enten Kaverner med ulcererede, sinuöse Vägge eller Bronkiektasi; sidstnävnte er noteret i 4 Tilfälde og havde i de 2 af disse fört til Dannelsen af bronkiektasiske Kaverner. I et Tilfälde fandtes, foruden Bronkiektasi, otitis media purulenta, og i ikke mindre end 5 af alle 8 Tilfälde påvistes amyloid Degeneration af Milt eller tillige af andre Organer, et Fingerpeg om, at Suppurationsprocesser i disse havde spillet en väsentlig Rolle.

I den Gruppe af 19 Tilfälde, hvor Temperaturspringene aldrig nåede over 2° C., finde vi kun 11 Gange de omhandlede Betingelser for Stagnation af Sekretet, og kun 7 Gange Bronkiektasi samt kun 5 Gange amyloide Forandringer i Milten eller tillige i andre Organer.

At ovenstående Tal på Grund af deres Lidenhed ere uden bevisende Kraft, er ingenlunde undgået Forf:s Opmärksomhed;

men senere Iagttagelser, som han har haft Lejlighed til at göre, synes at stötte Antagelsen af, at Springene i Temperaturen stå i en vis Relation til septiske, navnlig bronkoseptiske Processer i Lungerne, og det vil i alt Fald väre en af Klinikens Fremtidsopgaver at koncentrere Opmärksomhed på denne Sammenhäng.

Der er dog allerede nu en ikke ringe Sandsynlighed for, at Forf:s Formodning er rigtig, når henses til den Udvikling, som Lären om, at Lungeftisen må opfattes som beroende på en Blandingsinfektion, i den senere Tid har nået. Denne Läre, som forudsätter, at de destruktive Processer i Lungerne for en väsentlig Del skyldes andre Mikrober end Tuberkelbacillerne, og da navnlig de suppurationsväkkende, leder direkte ind på den Tanke, at også Feberen ved Lungeftisen må väre til en vis Grad afhängig af Suppurationsprocesser og må skyldes den Omständighed, at enten Mikroberne selv eller deres Toxiner optages i Blod- eller Lymfebanerne og gennem en Indvirkning på Centralnervesystemet påvirker Legemstemperaturen. Som det vil mindes, har da også CHAUFFARD ([11], S. 712) i den nyeste Tid draget den bronkoseptiske Feber ind i Kredsen af de övrige såkaldte symptomatiske Febre, hvis Kurver kunne forvexles med Leverfeberens, og af et Arbejde over den hektiske Feber ved Tuberkulose af MAGNIN BOQUET, [21]) hvilket först kom Forf. i Hände umiddelbart för Kongressen i Göteborg, fremgår det end videre klart, at Flertallet af de Klinikere, som i de seneste År specielt have beskäftiget sig med det foreliggende Spörgsmål, ere tilböjelige til at betragte den hektiske Feber ved Lungetuberkulose som Udtryk for en Septikämi. BOQUET präciserer denne Synsmåde i fölgende Sätning ([21], S. 64): »Tidligere var den hektiske Feber en tuberkulös Feber . . . . nu til Dags er den en Resorptionsfeber, en Slags Septikämi, fremkaldt ved sekundäre Infektioner, som komme til under Forlöbet af Tuberkulosen, og man betragter den som beroende på en Indträngen i Blod- og Lymfesystemet enten af selve Mikroberne (Streptokokker, Stafylokokker) eller af oplöselige *septiske eller putride Produkter, dannede i Kaverner eller i Omegnen af Ulcerationer i Bronkierne eller i Lungerne af Saprofyter, som sekundärt udvikle sig på disse Steder.*» Gennem en Räkke selvständige Undersögelser, som det vilde före for vidt her at komme närmere ind på, er BOQUET nået til det Resultat, at den hektiske Feber ved Lungetuberkulose

skyldes en Overgang i Blodet af Toxiner, som skylde, ikke visse bestemte, men derimod en hel Del forskellige Mikrober deres Oprindelse, medens på den anden Side den af Tuberkulinet betingede Feber gennemgående kun viser meget svage Remissioner.

At man ved Sektioner kan träffe Kaverner med ulcererede Vägge samt en Kombination af sådanne med Bronkiektasi og purulent bronchitis, uden at Sygehistorien mälder om springende Temperaturer, vil fremgå af, hvad ovenfor er meddelt. Ikke des mindre synes det dog, som om den nävnte Kombination, når Feberkurven overhovedet viser Intermissioner, har en vis Indflydelse på disses Hyppighed og på deres Störrelse. At man også ved Bronkiektasi, når den ikke opträder kompliceret med Tuberkulose, kan savne de springende Temperaturer, ja endog kan träffe normale Temperaturer under hele Forlöbet, er noget, som er enhver Kliniker bekendt; men på den anden Side vise Iagttagelser ved Sygesängen også, at den omhandlede Sygdom i ikke få Tilfälde ledsages af en uregelmässig Temperaturkurve. Der er ofte noget uroligt, letbevägeligt over sidstnävnte, så at man jävnligt möder pludselige, umotiverede eller dog tilsyneladende umotiverede Stigninger, stundom, men ingenlunde altid ledsagede af subjektive febrilia, kun själdent efterfulgte af subnormale Temperaturer. * Det er nu ikke forbundet med nogen Vanskelighed at tänke sig, at Temperaturstigninger som de omhandlede kunne antage större Dimensioner, når det pågäldende Individ er tuberkulöst, og at de kunne nå excessive Grader og efterfölges af stärke Temperaturfald, altså före til hektisk Feber, når Sygdommen närmer sig den letale Udgang. Forholdet er nogenlunde analogt med, hvad der iagttages ved angiocholitis; ti også denne kan, som fremhävet af CHARCOT og senere i de fleste Läreböger, forlöbe afebrilt eller med kun små Svingninger i Temperaturen, i andre

* I de sidste Måneder har Forf. på sin Afdeling haft Lejlighed til at iagttage et Par Tilfälde, som illustrere dette Forhold. Den ene Pat., der endnu er under Behandling, er en 50-årig Kvinde, som opbringer et rigeligt, jävnligt blodtingeret, aromatisk lugtende Expektorat, hvori der mange Gange er sögt efter Tuberkelbaciller, men med negativt Resultat. Den anden Pat. var en 35-årig Mand, som indkom d. 25/4 96 og döde under en profus Hämoptyse d. 7/10 96. Ved Sektionen fandtes ikke Spor af Tuberkulose i Lungerne eller i andre Organer; derimod påvistes betydelig Dilatation af Bronkierne i bägge Lungers nederste Lapper samt på flere Steder indtil nödstore, öjensynligt fra Ulcerationer i Bronkieväggene udgåede Kaverner med gråligrödt, henflydende, putrid Indhold. I en af de udvidede Bronkiegrene åbnede sig et bristet ärtestort Anevrysme.

Tilfälde, nemlig når det kommer til Ulceration i Galdegangenes Vägge og til Dannelsen af multiple Abscesser i deres närmeste Omkreds, kunne Svingningerne blive mere udtalte, og endelig kunne de nå excessive Grader, når Leverlidelsen er Led i en Septikopyämi, eller når Inkarceration af Galdesten ad reflektorisk Vej samtidig med Infektionsstofferne kommer til at indvirke på Centralnervesystemet. [Sammenlign LEUBE (², S. 248).]

Det turde herefter vel väre berettiget at hävde, at Klinikeren, når han står overfor springende Temperaturer, til hvis Forklaring han savner Holdepunkter af afgörende diagnostisk Betydning, bör foruden på Suppurationsprocesser i Leveren også, og måske i nok så höj Grad, tänke på lignende Processer i Lungerne, og at han under alle Omständigheder ikke, hvor store Spring Temperaturkurven end viser, bör blive stående ved Diagnosen intermitterende Leverfeber, med mindre bronchitis med Bronkiedilatation absolut kan udelukkes. Hvor vanskeligt dette sidste kan väre, derpå afgiver imidlertid netop det af Prof. FABER refererede Tilfälde, der skal tjäne som paradigma på Leverfeberen, et illustrerende Exempel. Der var her i Fölge Epikrisen til den kliniske Journal fundet »Tegn på en lidet udbredt, men i lang Tid bestående Lungeaffektion opad i venstre Lunge». * Ved Sektionen påvistes imidlertid fölgende Forandringer i Lungerne: »I venstre Lunges nederste Lap ses opadtil flere mindre og overfladiske Infarkter o. s. v. Nedadtil i Lappen er Lungevävet infiltreret, lufttomt og mört; ved Tryk udflyder chokoladefarvet Vädske med små Pusdråber. Höjre Lunge lidt adhärent. Vävet nedadtil noget infiltreret, *ved Tryk udflyder pus af Bronkierne. Nedadtil i bägge Lunger ere Bronkierne dilaterede, enkelte Grene i temmelig betydelig Grad, de ere tyndväggede, med stärkt fremträdende Muskler, fyldte med mörkt purulent Sekret.* ** I höjre Leverlap fandtes i Omegnen af en Ekinokokkyste en Del »små Abscesser eller Infiltrationer af indtil Ärts Större1se, enkelte indeholde seje, gråliggule eller hvidlige Pusdråber; de ligge

---

* I selve Journaluddraget gengives Lungestetoskopien ved Indläggelsen således: »Lungerne give overalt klar Perkussionstone, omkring bägge claviculæ til C.II er der tympanitisk Klang. Over bägge claviculæ og i supraspinatæ er Respirationen blöd, bronkial, og på venstre Side er Stemmegenlyden her forstärket. På bägge Bagflader höres middelfine Rallelyd fra spina til basis og tillige spredte rhonchi.»

** Udhävelserne af MYGGE.

i de extralobuläre, galdegangsförende Bindevävsrum». I de epikritiske Bemärkninger til Sygehistorien opfattes dette anatomiske Fund som Tegn på en til höjre Leverlap lokaliseret Galdegangsbetändelse, og andensteds under samme Afsnit hedder det: »Lungelidelsen viste sig at väre en gammel lokal Bronkiektasi med purulent bronchitis uden Tuberkulose, og fra dette focus må det formodes, at Kysten er bleven inficeret.» * Det forekommer Forf., at man med ovenstående data som Udgangspunkt må väre berettiget til at hävde Umuligheden af i det foreliggende Tilfälde at afgöre, hvilken Andel Lungeaffektionen, og hvilken Andel Leveraffektionen har haft i Fremkomsten af den pågäldende ejendommelige Temperaturkurve, og når man overser hele Forlöbet, synes Tilfäldet ret utvungent at kunne opfattes som Exempel på Septikopyämi eller medicinsk Septikämi, da Udgangspunktet for Infektionen ikke kunde söges i en perifer travmatisk Affektion.

Hvad der yderligere giver denne Synsmåde Berettigelse, er, at Forf. i de 4, letalt endende og secerede, Tilfälde af Suppuration i Leveren, som han har iagttaget på sin Afdeling, har fundet, at også andre Organer end Leveren vare Sädet for Suppurationsprocesser, således som nedenstående Sygehistorier vise. At det ikke er Tilfäldigheder, der i så Henseende er kommet til at spille en Rolle, hvorved Forf:s Materiale er blevet inkommensurabelt med det fra andre Hospitalsafdelinger stammende, turde fremgå af, at P. WAGNER i 7 af 19 Tilfälde af kryptogenetisk Septikopyämi, som kom under Observation på Kliniken i Leipzig, fandt metastatiske Abscesser i Leveren ([4], S. 556).

V. Laura Emilie B., 70 År, ugift Lärerinde, indkom d. $^{30}/_{9}$ 94, döde d. $^{10}/_{11}$ 94.

Klinisk Diagnose: Alcoholismus chron. Cirrhosis hypertrophica hepatis. Perihepatitis. Bronchitis. Arteriosclerosis.

Det var oplyst, at der havde fundet en betydelig Misbrug af alcoholica Sted i de senere År, at hun i halvandet År havde lidt af tiltagende Mathedsfölelse, af og til af nogen Hoste uden Expektorat samt af icterus, som i den nävnte Tid stadig havde väret tilstede. Der havde af og til väret nogen Trykken i Epigastriet, men aldrig Galdestenskolik. I den sidste Tid stärk Emaciation. Ved Optagelsen på Afdelingen konstateredes tydelige Tegn på alcoholismus chronicus, stärkt udviklet Arteriosklerose, stärk Afmagring, kort Tone og let sväk-

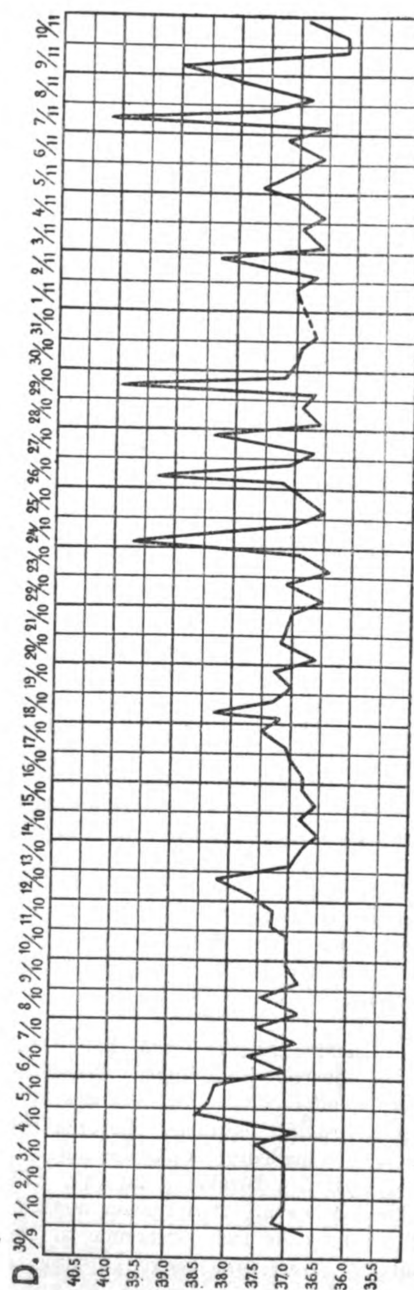
* Smlgn. hermed Referatet af Forhandlingerne på den 1ste Kongres for indvortes Medicin i Göteborg — i Norsk Magazin for Lägevidenskaben 1896, Nr 9.

ket Respiration med noget ru, forlänget Udånding over bägge Lungespidser samt en Del fine, knäkkende Rallelyd over största Delen af Lungernes For- og Bagflader, i störst Antal på höjre Side, hvor Perkussionstonen i reg. infrascapularis mindede om Åskelyd. Leveren betydeligt forstörret, nående nästen ned til höjre lig. Faloppii og i Midtlinjen nästen til umbilicus; nederste Rand skar venstre Ribbenskurvatur i Parasternallinjen; den föltes ligesom Overfladen temmelig glat, i alt Fald uden större Knuder. Der var ingen Ömhed over Organet. Levermatheden begyndte först i 6te Interkostalrum. Milten betydeligt forstörret, nåede nästen en Håndsbredde under Kurvaturen, var hård og fast for Palpationen. Miltdämpning nåede opad til 8de costa. Der var ingen ascites, Urinen gav svag Galdefarvestofreaktion, indeholdt ikke Äggehvide, Blod eller Sukker.

Under Hospitalsopholdet iagttoges jävnlig Hoste, men intet Expektorat. Af og til, med längere Mellemrum, klagede hun over Kuldefornemmelser; hun var jävnlig uklar, med Forsög på at forlade Sängen. Sövnen måtte fremkaldes ved Kodein eller Bromkalium. Af og til sammen med Kuldefornemmelserne Tillöb til Kollaps. Afföringen afvexlende lerfarvet og naturligt farvet. Madlyst ganske god. Da Hosten omtrent var ophört og Rallelydene aftagne i Mängde, kom hun d. $^{22}/_{10}$ op, men gjorde, när hun var oppe, et noget slapt Indtryk og blev derfor trods Protest atter holdt i Sängen fra d. $^{24}/_{10}$ til d. $^{29}/_{10}$, da Forsöget gentoges og nu tilsyneladende med bedre Resultat. Hun var dog ikke altid ganske sui compos og havde derfor stadig Vagt; af og til Kuldefornemmelser. Först de sidste Dage klagede hun over stärkere Smerter i Epigastriet, hvorfor hun på ny holdtes i Sängen. Ömhed over venstre Leverlap blev nu mere og mere intens, så at Tanken ledede hen på perihepatitis, uagtet der ikke konstateredes peritonitiske Gnidningslyd. Urinen gav samtidig stärkere Reaktion på Galdefarvestof og indeholdt nu lidt Äggehvide. Uklarheden tiltog, hun klagede sig meget stärkt. Udseendet blev mere og mere kollaberet, og under tiltagende sopor indtrådte mors temmelig pludselig som Fölge af Kollaps.

Sektionsdiagnosen löd på: Cholelithiasis, cholecystitis et angiocholitis purulenta. Hepatitis interstitialis chron. fibrosa et acuta purulenta. Cyanosis hepatis, lienis et renum. Bronchitis. Bronchiectasis diffusa. Emphysema pulmonum. Arteriosclerosis. Degeneratio adiposa myocardiii. Hypertrophia ventriculi cordis dext. Icterus universalis.

Sektionsjournalen oplyser fremdeles: Lungerne små, kollaberede, stärkt emfysematöse, bomuldsagtige, overalt luftholdige. *Bronkierne udvidede, Väggen stärkt fortyndet, navnlig Slimhinden, som overalt er belagt med rigelige Masser af tykt, grönligt mucopus.* Leveren betydeligt forstörret, rager med höjre Lap nedenfor spina ilei ant. sup., måler i Tvärdiameter 30 Cm., i sagittal Udsträkning 28 Cm. Vägt 3000 Gm. Overfladen noget buklet og ujävn. Peritonæum noget fortykket på den nedenfor Kurvaturen liggende Del. Svarende til apertura inf. thoracis en svag Snörefure tvärs over bägge Lapper. *På Snitfladen udströmmer fra talrige udvidede Galdegange en grågul,*



purulent Vädske. Galdegangene, især i höjre Lap, ere stärkt udvidede, så at de ere af Tykkelse som eller tykkere end de ledsagende Portåregrene. *Desuden findes spredt på Snitfladen hampefrö- til ärtestore, pusinfiltrerede Partier, som ikke ses at väre knyttede til Galdegangene.* Levervävet i övrigt brunliggult, meget fast og sejt, med utydelig acinös Tegning. *Galdeblären* noget adhärent til Omgivelserne, *stärkt udspilet dels af en tynd, purulent, galdefarvet Vädske, dels af Luft.* Ved Tryk presses dette Indhold uden synderlig Vanskelighed ind i duodenum. Galdeblärens Väg ödematös svullen. *Slimhinden* injiceret, ekkymoseret, *med en Del hampefrö- til ärtestore ulcera.* Ductus cysticus udvidet til en Lillefingers Diameter. I Galdeblären findes en Snes ärtestore, kantede, sortagtige Konkrementer. I den överste Halvdel af ductus choledochus et lägteformigt, omtrent nödstort, mörkfarvet Konkrement, som peger med sin Spids mod duodenum, og som på sin basis viser to Facetter, adskilte ved en fremspringende Liste og vendende imod ductus cysticus og ductus hepaticus. Sidstnävnte er udvidet til en Lillefingers Tykkelse og indeholder en Del kantede, mörkfarvede Konkrementer så vel i Hovedgangen som i Forgreningerne.

I ovenstående Tilfälde ligger det måske närmest at opfatte Suppurationen i Galdevejene som beroende

på en Infektion fra Tarmen, og muligvis har den bestået i lang Tid, forinden den akute Forvärrelse, der medförte Döden, indtrådte. På Temperaturkurven (*D*) er denne Forvärrelse markeret ved de hyppige, pludselige, af Kuldefornemmelser ledsagede Temperaturstigninger; dens övrige kliniske Symptomer vare de intense, om peritonitiske mindende, Smerter samt Ömheden i Leveregnen, og i patologisk-anatomisk Henseende har den fundet sit Udtryk i Dannelsen af multiple Leverabscesser og måske i Ulcerationerne i Galdeblärens Väg. Om hele det Afsnit af Temperaturkurven, som ligger forud for den omhandlede akute Exacerbation, altså forud for den 24de November, skylder sit ejendommelige Präg til den purulente bronchitis med stagnerende Sekret i de dilaterede Bronkier eller til en kronisk snigende angiocholitis, forekommer det Forf. umuligt at afgöre, ligesom det også forekommer ham, at dersom man i det af FABER refererede Tilfälde kan gå ud fra, at Infektionens Arnested måtte söges i Bronkierne, så er Muligheden af en lignende Patogenese ikke ganske udelukket i det her omhandlede Tilfälde.

VI. Albertine Caroline A., 77 År, Enke. Indkom d. $^{28}/_{4}$ 95, död d. $^{8}/_{9}$ 95.

Klinisk Diagnose: Senilitas. Bronchitis. Emphysema pulm. l. gr. Dilatatio cordis. Pemphigus. Icterus. Hernia umbilicalis.

Anamnestiske Oplysninger upålidelige og mangelfulde. Hun angav, at hun havde födt 8 Gange, at hun i mange År havde lidt af Kortåndethed med ubetydelig Hoste, men ikke ledsaget af Hjärtebanken. For 5 År siden havde hun bemärket Herniet, hvilket trods Bandage stadig var tiltaget i Störrelse, og til dette henförte hun de Smerteanfald, hvoraf hun oftere havde lidt, og som havde väret meget stärke og ledsagede af Bräkninger. Et sådant Smerteanfald var indtrådt 6 Dage för Indläggelsen, ledsaget af flere Kulderystelser, Kvalme og Bräkninger, som til sidst bestode af grönlig Vädske; der havde ikke väret Hikke; Afföring var udebleven. I de sidste Dage skulde der väre indtrådt nogen Bedring i Tilstanden.

Ved Optagelsen på Afdelingen fandtes hun meget fed; der var kun lidet udtalt Arteriosklerose, let Udvidning af Hjärtets Breddemathed, over Lungerne en Del rhonchi og spredte, fugtige Rallelyd. Umbilikalherniet var af Störrelse som to knyttede Händer, irreponibelt, af blöd Konsistens, matlydende, ömt. Der konstateredes ikke ascites. Under höjre Ribbenskurvatur Dämpning i en Håndsbreddes Udsträkning, hidrörende, som det syntes, fra Leveren. Hun var åndeligt slövet, noget urolig og loqvax, let cyanotisk; der var let Ödem af crura; Urinen, som til Dels afgik involuntärt, reagerede surt, indeholdt ikke Äggehvide, Blod eller Sukker.

Först 3 Dage efter Indläggelsen konstateredes icterus, få Dage efter begyndende decubitus og d. $^1/_9$ nogle Pemfigusblärer på femora (blandt de på Afdelingen henliggende Börn havde et Par pemphigus, og det ene af dem havde sin Vugge stående tät ved Patientens Säng); samtidig tabte icterus sig, men Leveren holdt sig forstörret, med glat Overflade. Der begyndte nu jävnlig at komme Kollapstilfälde, som i Begyndelsen modvirkedes heldigt ved stimulantia; der fremkom ingen ny Pemfigusblärer, men de äldre däkkedes med tykke, i Dybden gående Skorper. Over Lungernes Forflade hörtes kun rhonchi; der opbragtes med Vanskelighed et sparsomt, nästen purulent Expektorat; efterhånden bleve Vanskelighederne i denne Retning större, der kom Slimrallen i de övre Luftveje og mors. Urinen indeholdt kort för samme hverken Galdefarvestof eller Äggehvide.

Sektionsdiagnosen löd på: Cholelithiasis. Cholecystitis. Angiocholitis. Abscessus hepatis. Hyperplasia lienis. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis et renum. Bronchitis. Bronchiectasis diffusa. Emphysema pulmonum. Hernia umbilicalis omentalis. Obesitas (panniculus adiposus 10 Cm.). Arteriosclerosis.

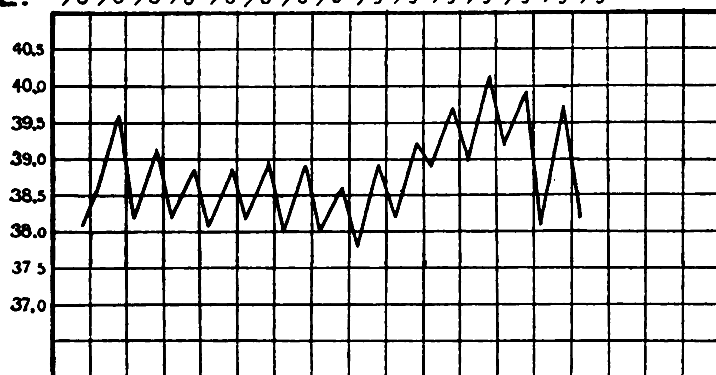
Sektionsjournalen oplyser fremdeles, at *Leveren* var betydeligt forstörret, nående til Umbilikaltransversalen; nederste Halvdel så vel af höjre som af venstre Lap stärkt svullen, med grovbuklet Overflade; serosa glat. *På Gennemsnit fandtes*, svarende til de svulne Partier af Lapperne, *flere indtil knytnävestore Abscesser*, *fyldte med tykt*, *gult pus*. Levervävet i övrigt noget slapt og mört, med tydelig, uskadt Tegning. *Galdegangene overalt på Snitfladen noget udvidede*, *indeholdt stärkt plumret*, *lysegul Galde*. Galdeblären noget adhärent til Omgivelserne, indeholdt ikke Galde, men en Samling facetterede, omtrent nödstore Konkrementer. Ved Tryk på Duodenalpapillen udflöd plumret Galde i Tarmen. Indmundingen af ductus choledochus af naturlig Vidde; men umiddelbart indenfor udvidede Kanalen sig til en Lillefingers Tykkelse, og her fandtes 3 lysegule, facetterede Konkrementer af omtrent Ärtestörrelse. Galdegangens Slimhinde ret naturlig, med tydelig Struktur.

Lungerne ikke adhärente, ingen Ansamling i pleura, stärkt emfysematöse, voluminöse, overalt luftholdige, på de deklive Partier noget hyperämiske og ödematöse. *Bronkierne let cylindrisk udvidede; Slimhinden stärkt injiceret*, *rigeligt belagt med tyndt pus*.

I närvärende Tilfälde have vi ligesom i det foregående en kronisk Leverlidelse, bestående i cholelithiasis med Indkiling af Galdesten i ductus choledochus og Udvidning af Galdegangene. Til denne har sluttet sig en akut suppurativ Proces, der må formodes at väre begyndt, 6 Dage för Pat. indlagdes i Hospitalet, og som altså efter knap 3 Ugers Forlöb havde medfört, foruden angiocholitis, Dannelsen af flere större Abscesser i Leveren. Med Hensyn til Udgangspunktet for Suppurationen i Leveren kan man, ligesom i det foregående Tilfälde,

näppe komme längere end til en Formodning; men efter den noget ufuldkomne Anamnese at dömme kan man med en vis Grad af Sandsynlighed gå ud fra, at Abscesdannelsen först var begyndt, omtrent 3 Uger för Döden indtrådte.

Temperaturkurven (*E*) viser ingen påfaldende Spring; men i Betragtning i Patientens Alder kan dette, selv om Betingelserne for Temperaturspringenes Fremkomst i övrigt havde väret tilstede, let forklares i Analogi med den Kendsgerning, at Feber ganske kan mangle hos meget gamle Folk under Forhold, hvor man hos yngre finder den meget udtalt.



VII. Maren Kristine Jörgensen, 45 År, gift. Indkom d. 24/8 95, död d. 4/9 95.

Klinisk Diagnose: Cholelithiasis. Angiocholitis (pylephlebitis?). Infiltratio apicis pulmonis utriusque. Meningitis. Albuminuria. Morphinismus. Lues inveterata.

Pat. angav, at hun havde haft det förste Anfald af Galdestenskolik for 10 År siden og derefter jävnlig sådanne, ledsagede af icterus og af Bräkninger. For 8 År siden var hun bleven opereret for Galdesten på Kommunehospitalets 5te Afdeling (Prof. IVERSEN), og derefter havde hun väret fri for Anfald i 2 År; men senere havde hun ligget flere Gange på den anden af Hospitalets medicinske Afdelinger for Galdestenskolik.

De Tilfälde, for hvilke hun nu sögte Hospitalet, vare begyndte pludseligt 5 Dage forud med häftige Smerter under höjre Ribbenskurvatur og i Epigastriet, ledsagede af gentagne Bräkninger; hun havde jävnlig haft Kuldegysninger, efterfulgte af stärk Sved. Urinen var bleven mörk; men fæces havde ikke väret lerfarvede.

Ved Optagelsen på Afdelingen konstateredes betydelig Emaciation. Huden og Slimhinderne vare ikterisk farvede, Udtrykket lidende. Hun

indtog höjre Sideleje med optrukne Underextremiteter, lå og klagede uafbrudt og forlangte Morfin på en Måde, som tydede på Morfinhunger. Tungen var tör, noget skorpet på Midten. På det slappe Underliv fandtes, 2 Fingersbredder nedenfor höjre Ribbenskurvatur og parallelt med samme, en 8 Cm. lang, bred Cikatrice efter den omtalte Operation; den var slap og spiledes, når Bugmusklerne kontraheredes, ud af fremträngende tarmansæ; gennem den föltes i Dybden en hård, ujävn Masse. Leverdämpning nåede fra 6te costa til Kurvaturen, hvor der i Papillärlinjen var stärk Ömhed for Tryk. Urinen gav stärk Galdefarvestofreaktion, indeholdt Spor af Äggehvide. På venstre ala nasi og i septum nasi påvistes en Defekt, som var opstået gennem en Ulcerationsproces 2 År i Forvejen, og på venstre crus talrige hvide Cikatricer med stärkt udtungede Rande, hidrörende fra en for 7 År siden spontant opstået Hudaffektion. Det oplystes, at hun havde födt 2 dödfödte Börn.

Under Hospitalsopholdet lykkedes det kun ufuldständigt at stille Smerterne, der angaves at stråle ud i höjre Skulder, ved Morfininjektioner; der var stärk Törst, jävnlig Kvalme og Opstöd, kun en enkelt lille Bräkning; i Begyndelsen ingen Kulderystelser; men d. $^{31}/_{8}$ om Aftenen fik hun en sådan af en Times Varighed, og hun klagede nu over Smerter i hele Legemet samt havde flere galdefarvede Bräkninger. I Tilslutning hertil udviklede der sig tydelige Symptomer på meningitis, og trods hyppige Morfininjektioner jamrede hun sig uafbrudt, indtil Döden indtrådte. Afföringen, der i Begyndelsen först kunde fremkaldes efter Anvendelse af forskellige laxantia og gentagne clysmata, var da fuldständig lerfarvet og indeholdt et Par små Galdestene; senere blev Afföringen nästen naturligt farvet. Om Aftenen på Indläggelsesdagen blev Urinen tagen med Kateter, efter at den ikke havde väret ladt i 24 Timer; der udtömtes kun en Spiseskefuld. I de fölgende Dögn tiltog Diuresen stärkt, indtil 2600 Kcm.; endnu for Dögnet $^{1}/_{9}$—$^{2}/_{9}$ var den 2250 Kcm.; men derpå sank den pludselig til 250 Kcm. for det fölgende Dögn. Urinstofmängden for Dögnet $^{27}/_{8}$—$^{28}/_{8}$ var kun 5,08 Gm i en Diusese på 450 Kcm. eller lidt mere.

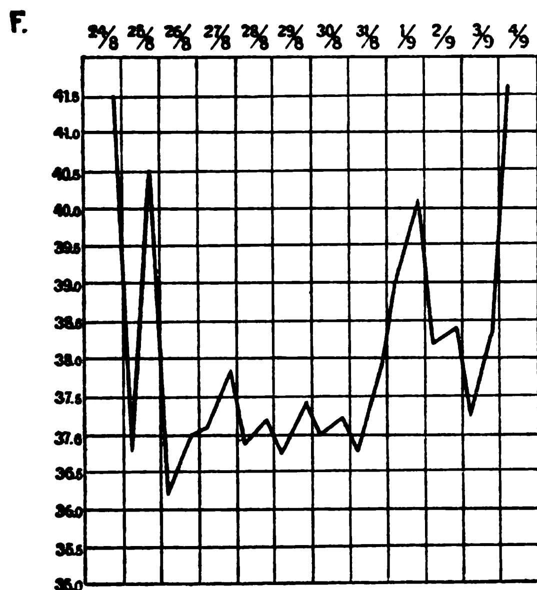
Sektionsdiagnosen löd på: Cholelithiasis. Choleangiectasia universalis. Angiocholitis. Abscessus subphrenicus. Perihepatitis adhæsiva. Hyperplasia lienis. Abscessus metastatici renis utriusque. Hyperæmia et oedema pulmonum. Degeneratio parenchymatosa renum, lienis et hepatis. Icterus universalis. Cicatrix et hernia ventr. parietalis abdominis. Leptomeningitis purulenta diffusa.

Sektionsjournalen oplyser fremdeles: Ved Åbningen af Underlivet findes Omentet og flexura coli dextra nöje fastloddede til Cikatricen i Bugväggen, i hvilken ingen Muskler kunne påvises. Leveren noget svullen, for en stor Del adhärent til diaphragma. Mellem Adhärencerne findes en flad, *subfrenisk Absces med omtr. 100 Gm ikterisk farvet pus.* Leverens Snitflade brunlig, blodrig, uden tydelig acinös Tegning. Vävet slapt mört. På hele Snitfladen, navnlig af venstre Lap, findes *Galdegangene udvidede til Tykkelse med eller tykkere end de ledsagende Portåregrene*; *de indeholde tynd, noget plumret Galde*, men ingen Konkrementer. *Ved Tryk på Galdens Udförselsgange ud-*

flyder kun en Pusdråbe gennem Indmundingsåbningen i Tarmen. Nederste Ende af ductus choledochus er i omtrent en Cm:s Längde noget cikatricielt forsnävret; i övrigt ere så vel denne som ductus cysticus og ductus hepaticus udvidede til omtrent Fingertykkelse og indeholde en Del ärte- til nödstore, facetterede, sortebrune Konkrementer. Så vel Stammen af V. porta som dens Rödder og Grene naturlige. I Galdeblären et Par nödstore Konkrementer og en ringe Mängde plumret, gul Galde. Milten betydeligt forstörret, 17 Cm. lang. Vävet blommemosfarvet, henflydende.

Nyrerne noget svulne og slappe. Kapslen aflöses noget vanskeligt, en Del Nyreväv fölger med. *Så vel på Overfladen som på Snitfladen af bägge Nyrer ses talrige, omtrent knappenålshovedstore Abscesser,* og Vävet er gennemträngt med Ekkymoser. I höjre Nyre en nödstor Kyste.

Theca cranii fortykket, kompakt, meget tungt. Diploë sparsom. *De blöde Hinder så vel på basis som på Konvexiteten stärkt infiltrerede med purulent, ikterisk farvet Exsudat.*



I dette Tilfälde have vi altså at göre med en vel udtalt Pyämi, hvis Udgangspunkt formentlig må söges i en meget lidet udtalt angiocholitis, der atter kan tänkes opstået gennem Infektion fra Tarmen af den i de udvidede Galdegange stagnerende Galde. Sandsynligheden taler for, at denne Infektion först har fundet Sted ved Begyndelsen af den Sygdomsattake,

som foranledigede Patientens Indlåggelse i Hospitalet, eller at den i alt Fald först ved denne Tid har givet kliniske Symptomer. Dersom den havde bestået i långere Tid, vilde der formentlig have våret tydelige Tegn på Betåndelse, sandsynligvis Ulceration af Galdegangenes Vågge samt Suppurationsprocesser i selve Levervåvet. Det vil derfor våre naturligere at aflede de stårke Spring i Temperaturkurven, som den pågåldende Kurve *F* (S. 31) viser, af de til forskellig Tid i forskellige Organer opträdende Suppurationsprocesser, end at henföre dem til Leverlidelsen, uagtet man på Grund af de fremträdende kliniske Symptomer, som denne gav, vel kunde våre tilböjelig hertil, så långe man ikke havde Sektionsresultatet at stötte sig til.

VIII. Jens Peter G., Läge, 54 År. Indkom d. $^{26}/_{11}$ 95, död d. $^{22}/_{12}$ 95.

Klinisk Diagnose: Septichopyæmia cryptogenetica. Abscessus varii pulmonis utriusque. Empyema dextrum. Albuminuria. Meningitis s. Abscess. cerebri.

Pat. havde som Barn lidt af Skrofulose, men havde i övrigt altid nydt en god Helbred, indtil han i sit 50de År fik polyarthritis rheumatica, som ikke efterlod Fölger. Hans nuvärende Sygdom begyndte Natten mellem 11te og 12te Oktober med voldsomme Kulderystelser; den fölgende Dag henlå han i en soporös Tilstand og havde stärke Smerter i höjre Knä- og Fodled samt omkring venstre trochanter major. Efter 5 Gm salicyl. natricus havde Smerterne fortaget sig så vidt, at han näste Dag kunde väre oven Sänge om Morgenen for at besörge sin Konsultation; men hen på Formiddagen fik han på ny meget stärke Kulderystelser; senere gentoge disse sig hyppigt, i Regelen med et Par Dages Mellemrum; de varede oftest ½ Time og efterfulgtes af sopor og stärk Sved i omtr. 6 Timer, stundom hele Natten, hvorefter han den fölgende Dag fölte sig meget mat. Siden 1ste November var der foretaget Temperaturmålinger flere Gange daglig, og den medbragte Kurve, der dog ikke var fuldständig, viste Svingninger mellem 38° C. om Morgenen og 39° om Aftenen i den förste Uge; fra d. 8de til d. 20de Nov. sank Morgentemperaturen stundom til 36,5, medens Aftentemperaturen steg til 39,5, en enkelt Gang til 40,5. Pat. brugte den meste Tid Kinin, ½ Gm Morgen og Aften, men fra d. 19de fik han Salipyrin, 1 Gm 3 Gange dagl., og i denne Periode var Morgentemp. omkring 38°, Aftentemp. omkring 39°. De 3 sidste Dage havde han fået Antipyrin, 1 Gm 4 Gange dagl. I Hjemmet var Diagnosen först bleven stillet på febr. typhoidea, og da der optrådte Dämpning og Respirationssväkkelse i venstre reg. infrascapularis, blev der formodet Empyem; men gentagne Prövepunkturer gav negativt Resultat.

Ved Optagelsen på Afdelingen blev der diagnosticeret bronchopneumoniæ septicæ og pleuritis fibrinosa dext. D. $^{1}/_{12}$ var der Tegn

på Abscesdannelse i Lungerne, idet Expektoratet var foetid og indeholdt rigelige elastiske Tråde, derimod ikke Tuberkelbaciller. D. $^{18}/_{12}$ påvistes ved Punktur pus i höjre Plevrahule; men da der i samme påvistes elastiske Tråde, og da Pusset var meget foetid og lignede det opbragte Expektorat, formodedes Gennembrud af en Lungeabsces, og efter Samråd med Prof. STUDSGAARD afstodes fra operativt Indgreb, fordi der allerede da var optrådt Cerebralsymptomer; i de fölgende Dage udviklede der sig venstresidig Ansigtsparese, Parese af venstre Arm og af bägge Underextremiteter, og under tiltagende coma indtrådte Döden få Dage senere. Ved hyppig Undersögelse af cor var der ikke påvist noget abnormt; tvärtimod hörtes Hjärtetonerne stadig kraftige og rene. Urinundersögelsen viste intet abnormt. Der iagttoges ingen Symptomer på icterus.

Sektionsdiagnosen löd på: Endocarditis verrucosa mitralis. Abscessus metastatici pulmonum et hepatis. Pleuritis dupl., purulenta dext. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum.

Sektionsjournalen oplyser fremdeles: På Mitralens Flige langs Sluttelinjen en Del knappenålshovedstore til hampefröstore, friske, blöde verruköse Exkresenser. Alle Kaviteterne fuldständigt kontraherede. Hjärtet af naturlig Störrelse og Form. Myokardiet af naturlig Tykkelse, gråligt, slapt og mört. Perikardiet naturligt. I aa. coronariæ og i aorta ubetydelige endarteritiske Forandringer.

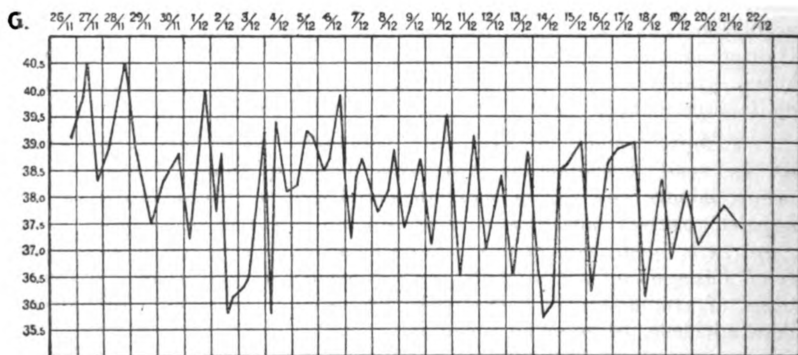
I höjre Lungespids en godt valnödstor Absceshulhed, begränset af en tynd Pusmembran; ned imod basis af samme Lunge en lignende, mindre Hulhed, og svarende hertil mellem Plevrabladene en afkapslet, omtrent hönseägstor Pusansamling. I venstre Lunges överste Lap flere, godt valnödstore, Absceshulheder, som kun ved en ganske tynd Pusmembran ere adskilte fra det omgivende Lungeväv. Ned mod basis af samme Lunge findes friske fibrinöse Belägninger. Bronkierne ikke udvidede, Slimhinden noget injiceret.

Leveren noget lille. Overfladen glat. Randen noget skarp. På Snitfladen er Vävet gråligt, uigennemsigtigt, med utydelig acinös Tegning. *I höjre Lap en omtrent hönseägstor Absces, fyldt med slimet, sejt pus; i Omfanget flere mindre Pusinfiltrater.* Galdegangene åbne. Galdeblären sund. Vena porta frembyder intet abnormt. Höjre Knä naturligt.

Kraniet blev af Hensyn til Patientens Familje ikke åbnet; men der er efter de kliniske Symptomer at dömme vel overvejende Sandsynlighed for, at der vilde väre blevet påvist metastatiske Abscesser i Hjärnen.

Af den Måde, på hvilken Fundet i Hjärtet er trukket frem i Sektionsberetningen, kunde man måske ved förste Öjekast lade sig forlede til at betragte den verruköse endocarditis som Udgangspunktet for den septikopyämiske Proces. Men imod denne Opfattelse taler ikke blot det övrige patologisk-anato-

miske Fund i Hjärtet, men også det hele kliniske Billede. * De först iagttagne Symptomer synes snarest at tyde hen på en Infektion gennem en solutio continui på höjre Underextremitet, hvoraf er resulteret en lymphangitis, som, fordi Almenbefindendet hurtigt blev så stärkt afficeret og der så tidligt optrådte Suppurationsprocesser i indvendige Organer, ikke har tildraget sig Patientens Opmärksomhed, — og at et lignende Forhold jävnlig finder Sted ved den kryptogenetiske Septikopyämi, er vel utvivlsomt. Efter kort Tids Forlöb var Pat., ledet af de subjektive Fornemmelser, selv klar over, at der måtte väre en Absces i Närheden af höjre Side af diaphragma, og det er derfor ikke usandsynligt, at Abscessen i Leveren er gået forud for Abscesserne i Lungerne og for Endokarditen. Men ud over de subjektive Fornemmelser gav denne Absces



ingen kliniske Symptomer; ti de Spring i Temperaturen, som Kurven *G* viser, kunne ikke utvunget henföres til Leverlidelsen alene, men må med lige så stor Ret kunne afledes af Abscesserne i Lungerne og muligvis i andre Organer.

Når man nu kaster Blikket tilbage over samtlige de i det foregående meddelte Kurver, vil det hurtigt erkendes, at, uagtet de 3 af de 4, som vedröre Tilfälde, hvor der ved Sektionen påvistes Suppuration i Galdegangene eller Abscesser i Leveren (altså *D*, *F* og *G*), vise tydelige Spring i Temperaturen og jävnlig subnormale Temperaturer, så vare dog Springene gennemgående endnu större og navnlig de subnormale Tempera-

* I övrigt kan Forf. angående den ulceröse Endokardits Forhold til Septikopyämi henvise til LEUBE (2, S. 276).

turer endnu mere fremträdende i de 3 Kurver, der vedröre Tilfälde, i hvilke patologiske Forandringer i Leveren ikke kunde göres ansvarlige for Kurvens ejendommelige Form (*A*, *B* og *C*). Der er endog adskilligt, som taler for, at den såkaldte intermitterende Leverfeber fortrinsvis, måske som Regel, kun kan väntes i Tilfälde, hvor Suppurationsprocessen ikke er indskränket til Leveren, men hvor der også findes lignende Processer i andre Organer, särlig i Lungerne.

I Betragtning af, at Forf:s eget Materiale, uagtet det omfatter alle de letalt endende Tilfälde, han under en mere end 4-årig Virksomhed som Overläge ved en stor medicinsk Afdeling har haft Lejlighed til at iagttage, dog er temmelig begränset, har han ladet sig det väre magtpåliggende gennem en retrospektiv Undersögelse af Literaturen at söge Bekräftelse på den Synsmåde, som han har gjort sig til Talsmand for. Det viser sig da, at HENOCH i Klinik der Unterleibs-Krankheiten ([9], S. 112) har henledet Opmärksomheden på, at Hoste näppe bör tilkendes så stor Betydning for Diagnosen af Leverabsces som angivet i Lärebögerne, fordi den i Regelen skyldes en komplicerende Lungeaffektion, hvilken man ved Sektionerne jävnlig har overset. HENOCH henviser i så Henseende til et af TRAUBE i 1859 meddelt Tilfälde,* hvor der iagttoges en meget udtalt intermitterende Feber, som mindede om perniciös malaria, og hvor der ved Sektionen fandtes en större og en mindre Absces i höjre Leverlap, men desuden talrige metastatiske Abscesser i bägge Lunger. HENOCH mener, vist nok med Rette, at de daglige Feberanfald i dette Tilfälde vare Udtryk for en ved Optagelse af septiske Trombedele i Blodet opstået Pyämi med Lokalisation til Lungerne, idet der nemlig i umiddelbar Beröring med den mindre Leverabsces fandtes en Trombe i v. hepatica. I et af LEUBES Tilfälde var der miliäre Abscesser så vel i Leveren som i Lungerne ([2], S. 258).

I et af BUDD 1845 meddelt Tilfälde, hvor der var kronisk bronchitis, ledsaget af hektisk Feber, blev der diagnosticeret Lungetuberkulose; men ved Sektionen blev der ikke fundet Tegn på sidstnävnte Lidelse, derimod, foruden en gammel Leverabsces, som ikke havde givet Symptomer, Lungeemfysem og en meget udtalt bronchitis ([22], S. 77—78). Sammesteds meddeles et af CORRIGAN iagttaget Tilfälde, hvor der foruden

---

* Deutsche Klinik 1859, Nr 50.

Leverabsces fandtes fötid pus i Bronkierne (S. 101—102). Fremdeles har F. A. HOFFMANN, uden at anföre Kilden, omtalt et af THIROLOIX beskrevet Tilfälde af Bronkiektasi med sekundär hepatitis med miliäre Abscesser foruden endocarditis og en stor Nyreabsces ([45], S. 181—182). Af den Oversigt over Literatur vedrörende Komplikationer ved Leverabscesser, som findes i Index Catalogue, [23]) fremgår det desuden, at disse Abscesser relativt hyppigt bane sig Vej til Plevrakaviteten eller ind i Lungen eller forårsage metastatiske Abscesser i sidstnävnte, i hvilket Tilfälde hine altså ved Sektionen ville präsentere sig som Led i en Septikopyämi. Da denne Mulighed altså ikke blot er given, men i mange Tilfälde bliver til Virkelighed, og da på den anden Side Leverabscesser, når de ere afkapslede, ligesom angiocholitis kunne forlöbe afebrilt, fölger heraf med logisk Nödvendighed, at, når springende Temperaturer träffe sammen med Suppurationsprocesser i Leveren, det väre sig Abscesser eller suppurativ angiocholitis, er det dermed ingenlunde givet, at hine altid må opfattes som direkte og kun afhängige og betingede af disse.

Ved et af de af FARER refererede Tilfälde er det imidlertid gjort gäldende, at det hverken drejede sig om Suppuration i Levervävet eller om *suppurativ** angiocholitis, uagtet der i den ved Kolekystotomien udtömte Galde påvistes Pusceller, men at Tilfäldet måtte betragtes som en langvarig, men med Helbredelse endende, infektiös hepatitis ([17], Särtryk, S. 28). Det vil derfor väre af Interesse at undersöge, dels hvad HANOT, dels hvad andre Forfattere, der ere trådte i hans Fodspor, angive om Temperaturforholdene. I intet af de 4 Tilfälde, på hvilke HANOT baserede Udarbejdelsen af sin Thèse, [20]) omtales springende Temperaturer; derimod omtaler han vel, idet han delvis stötter sig til JACCOUD, at Sygdommen så vel i sin Begyndelse som under det senere Forlöb jävnlig er ledsaget af en Feberbevägelse, og efter JACCOUD nävner han Stigninger af Temperaturen på indtil 39,5 eller 39,8° C., derimod ikke Fald til subnormale Grader. I sit senere Arbejde over samme Ämne [19]) taler HANOT kun om »un peu de fièvre» (S. 71) og om »un mouvement fébrile» (S. 75), derimod ikke om »fièvre intermittente hépatique».

---

* Udhävet af MYGGE.

Kun i 2 af de 11 Sygehistorier, som Dupré[10]) refererer til Illustration af Galdeinfektionen, finder man omtalt springende Temperaturer, og Springene vare ikke betydelige, de störste kun henholdsvis 2,6 og 2° C.; de subnormale Temperaturer vare heller ikke särlig fremträdende, idet de laveste vare henholdsvis 36,2 og 36° C. I et tredje Tilfälde omtales en passant, at der var remitterende Feber; denne Patient kom sig, medens der i de 2 förste Tilfälde ved Sektionen påvistes Galdesten, Udvidning af Galdegangene og angiocholitis. I den almindelige Oversigt over Galdeinfektioner sondrer Dupré mellem primäre og sekundäre, d. v. s. sådanne, som slutte sig til lithiasis eller til andre Lidelser, der kunne medföre Tillukning eller Forsnävring af Galdens Udförselsgange, og kun under disse sidste Former omtaler han den såkaldte Galdefeber, medens han under de förstnävnte ikke berörer intermitterende eller remitterende Feber, når fraregnes den Feber, som ledsager rechutes ved den såkaldte Weils Sygdom. At komme närmere ind på hans Inddeling af Galdefeberen i 4 Typer: den nervöse, den efemere, den intermitterende og den remitterende, er ikke Umagen värd; de to förstnävnte svare til Charcots fièvre hépatalgique, de to sidstnävnte til hans fièvre hépatique intermittente, og Sondringen mellem en intermitterende og en remitterende Form er sikkert uden klinisk Betydning.

Gastou[24]) har opstillet en, som det synes, ret kunstig Sondring mellem le fois infecté, der forekommer under alle Infektionssygdomme, le fois infectieux, som kan resultere af den foregående, efter at den oprindelige Infektionssygdom er aflöben, og som giver Anledning til et klinisk Symptomkomplex, som han sammenfatter under Benävnelsen: hépatisme (habitus, som minder om Septikämi, Blödninger i Hud og Slimhinder, lokaliseret eller generaliseret Ödem og Urobilinuri). Anatomisk präsenterer den sig som en Cirrose med bestemte Karakterer. Når denne Form träder til en i Forvejen bestående hepatitis eller Cirrose, dannes den tredje Form, le fois infectant, som er en blandet Cirrose (Cirrhose mixte), og som gennem Infektion af andre Organer kan foranledige Udviklingen af Pnevmoni, pleuritis, endocarditis, meningitis o. s. v. Om nogen for disse forskellige Former af infektiös hepatitis karakteristisk Febertype vil man hos Gastou forgäves söge Oplysning. Tvärtimod gör han (S. 194) opmärksom på, hvad der jo i övrigt er selvindlysende, at ved le foie infecté däkker

Hovedsygdommens Symptomkomplex ganske over de Symptomer, som kunne sättes i speciel Relation til Leverlidelsen; for de övrige Formers Vedkommende lägger han Hovedvägten ved Diagnosen på den omtalte Hepatisme, og gennemgår man de Sygehistorier, som han refererer til Illustration af le foie infectieux (Nr 112—125), vil man finde, at der heller ikke i nogen af disse omtales Temperaturspring, som i mindste Måde kunde lede Tanken hen på den såkaldte Galdefeber eller Leverfeber; ved flere angives det endog udtrykkeligt, at der ikke var Feber. I et af de senere refererede Tilfälde (Nr 126) omtales derimod gentagne Kulderystelser og intermitterende Feberattakker; men her påvistes også ved Sektionen multiple Leverabscesser omkring dilaterede Galdegange, og i et andet, efter RAYMOND citeret Tilfälde angives i den originale Gengivelse ([25], S. 305), at der havde väret Kulderystelser, og der iagttoges Spring i Temperaturen på indtil 2,2° C. Her viste Sektionen ligeledes multiple Leverabscesser og dilaterede Galdegange samt desuden Galdesten.

Der turde heri ligge en stärk Antydning af, at intermitterende Feber med springende Temperaturer ikke er knyttet til alle Former af infektiös Leversygdom, men kun til sådanne, hvor der på Grund af vanskelig Passage gennem Galdens Udförselsgange, betinget af Galdesten eller af andre Årsager, findes Dilatation af de intrahepatiske Gange, og hvor disse blive Sädet for akute Suppurationsprocesser, som ledsages af Ulceration af Galdegangenes Vägge eller give Anledning til Dannelsen af multiple Leverabscesser. For at pröve Värdien af denne Synsmåde kan man gå en af to Veje, idet man dels kan undersöge Forholdet mellem den omhandlede Febertype og Suppurationer i Leveren eller i Galdeblären, som ikke gå Hånd i Hånd med eller i alt Fald ikke tage deres Udgangspunkt fra angiocholitis i dilaterede Galdegange, dels kan tage det kliniske Symptomkomplex ved cholelithiasis til Udgangspunkt og sammenholde det med Resultaterne af Sektioner og med de Fund, som ere gjorte ved Kolekystotomier.

Går man den förste af de antydede Veje, vil man finde, at CADÉAC i sin Thèse om cholecystitis purulenta [26]) gör opmärksom på (S. 16), at Feberen ved denne Lidelse er mindre udtalt, når Suppurationen er indskränket til Galdeblären, end når Galdegangene ere dragne med ind i Processen, og Rigtigheden af denne Angivelse synes at finde Bekräftelse i 5 af

NAUNYN ([16], S. 106—114) meddelte Tilfälde af akut cholecystitis (Empyem).

Man vil fremdeles finde, at ARNAUD et LÉON D'ASTROS i 3 Tilfälde af Leverabsces efter Dysenteri, som de iagttog i Marseille, ikke omtale intermitterende Feber, men kun notere, at der fandtes en febril Tilstand ([27], S. 308—312), og at LOISON et ARNAUD i 6 Tilfälde af tropiske Leverabscesser af forskellig Oprindelse, men uden Medliden af Galdevejene, kun én Gang omtale intermitterende Feber; i det pågäldende Tilfälde fandtes der flere Abscesser i Leveren, af hvilke den ene gennem diaphragma og höjre Lunges nederste og mellemste Lap var perforeret ind i Plevrakaviteten og havde givet Empyem ([27], S. 898—926).

Går man på den anden Side ud fra Symptomkomplexet ved Galdestenssygdom, finder man, at FÜRBRINGER på Kongressen for indvortes Medicin i Wiesbaden 1891, hvor dette Spörgsmål var under Diskussion, hävdede, at han, lige så lidt som KUSSMAUL og CURSCHMANN, i den Feber, som jävnlig ledsager Suppurationsprocesser i Leveren ved tilstedevärende Galdesten, kunde se andet end en pyämisk Feber, der ikke udelukkende var knyttet til bestemte patologiske Forandringer, f. Ex. til såkaldte Galdeabscesser, om den end ikke kunde frakendes Betydning for Diagnosen af sådanne i Tilfälde, hvor en karakteristisk Anamnese, icterus, lokale subjektive Symptomer og Udfyldning i Leveregnen, traf sammen, og hvor Pyämi kunde udelukkes. Han henledede samtidig Opmärksomheden på, at ganske lignende Feberkurver kunne forekomme ved intense og protraherede Galdestenskoliker og ved blivende Tilstopning af ductus choledochus med Galdesten, uden at der kan påvises Suppurationsprocesser i Leveren. Ved samme Lejlighed berörte NAUNYN kun ganske flygtigt Feberens Forhold ved Galdestenssygdom; men i sit Året efter udgivne, bekendte större Arbejde [16]) har han ofret den så meget större Opmärksomhed. Han synes således ikke utilböjelig til at opfatte den Feber, der ledsager Kolikanfaldene, som en Reflexfeber i Modsätning til Infektionsfeberen eller Galdefeberen, som opträder uafhängig af Kolikanfaldene og er knyttet til Galdestase af den ene eller anden Årsag ([16], S. 67—70). Senere hen söger han at påvise, at Intensiteten af denne sidste Feber står i et vist Afhängighedsforhold af Infektionens Voldsomhed, idet den i sin udprägede Form, d. v. s. hvor Tempe-

raturen ikke blot stiger til en betydelig Höjde, men også falder betydeligt under Normalen, fortrinsvis forekommer i sådanne Tilfälde af cholangitis, hvor Suppurationsprocessen har Tilböjelighed til at gribe over på selve Leverparenkymet og forårsage Dannelsen af Leverabscesser, kort sagt i Tilfälde, hvor der udvikler sig det for intens sepsis karakteristiske kliniske Billede ([16], S. 126). At der kan findes Undtagelser fra denne Regel, indrömmer NAUNYN dog, og alt i alt indtager han på det närmeste samme Standpunkt som SCHÜPPEL ([12], S. 53—54), der også har hävdet, at de springende Temperaturer ikke tilkomme angiocholitis som sådan, men i Regelen kun forekomme ved de Former af samme, der medföre Ulceration af Galdegangenes Vägge med Abscesdannelse i Leverparenkymet, eller som gribe over på V. porta.

Denne Synsmåde må, så vidt Forf. skönner, indtil videre fastholdes som den sandsynligst rigtige. A priori måtte man have väntet, at de i de seneste År ret hyppige operative Indgreb ved Galdestenssygdommen, i Lighed med Indgrebene ved appendicitis, vilde have bidraget til at kaste Lys over den såkaldte Leverfebers Patogenese. Når dette ikke er sket, er Forklaringen formentlig at söge i, at Kirurgerne med velberåd Hu have undladt at gribe ind i Tilfälde, hvor Temperaturkurven lod formode sådanne Suppurationsprocesser i Leveren som de ovenfor omhandlede.

I 21 af RIEDEL opererede Tilfälde af Galdesten, hvor der ikke var blivende icterus, finder man således ikke en eneste Gang omtalt intermitterende Feber og kun et Par Gange Feber, og i 18 Tilfälde med icterus omtales Feber, ledsaget af Kulderystelser, kun 3 Gange. Derimod fandt RIEDEL til sin Overraskelse og Fortrydelse Ulcerationer i Galdeblären og i Udförselsgangene samt Suppuration i Leveren hos en Patient, der aldrig havde haft Kulderystelser, og som endog havde väret afebril i de sidste 3 Uger för Operationen [29]). Den omtalte Reservation fra Kirurgernes Side synes dog ikke fuldt ud berettiget, fordi der er adskilligt, som taler for, at en endog meget udtalt intermitterende Feber ved Galdestenssygdom kan väre en Reflexfeber eller i alt Fald, således som betonet af FÜRBRINGER og NAUNYN, ikke behöver at väre knyttet til destruktive Suppurationsprocesser i Galdegangene eller i Leverparenkymet.

Rigtig nok har ORTNER for et Par År siden gjort Forsög på at bevise, at Feber, som ledsager Galdestenskolik, altid eller så godt som altid er en Suppurationsfeber;[31]) men det forekommer ikke Forf., at de kliniske Holdepunkter for denne Opfattelse, som ere fremdragne af ORTNER, ere uantastelige. En udförligere kritisk Analyse af samme vil dog ikke väre nödvendig til Begrundelse af det Standpunkt, Forf. indtager, og hvorefter det endnu, ligesom på CHARCOTS Tid, må henstå som et åbent Spörgsmål, om den Feber, som så hyppigt ledsager Galdestenssygdommen på det Tidspunkt, hvor Stenene passere eller göre Forsög på at passere Udförselsgangene, altid er at opfatte som Resorptionsfeber alias Infektionsfeber, eller hvor vidt den undertiden må betragtes som Reflexfeber. For denne sidste Opfattelse taler i höj Grad et Par af afdöde SCHMITZ i Neuenahr meddelte Tilfälde,[32]) hvor langvarig intermitterende Feber, der hverken var ledsaget af karakteristiske Anfald af Kolik eller af icterus, ophörte, efter at der gennem Tarmen var afgået talrige Galdestene. I samme Retning pege fremdeles flere af de af CHR. FENGER iagttagne Tilfälde, således som han selv har gjort opmärksom på ([43], S. 45). Forf. kan dog ikke väre enig med FENGER i, at der skulde väre Vanskelighed ved at forklare Feberens Intermittens ud fra Forudsätningen af, at den skyldtes en Infektion, ligesom det heller näppe er ganske korrekt, når FENGER anförer, at CHARCOT har beskrevet en intermitterende Leverfeber, som beroede på Resorption af aseptisk Galde.

Men når man således for Tiden näppe kan väre berettiget til ganske at se bort fra en Reflexfeber, når man ved Galdestenssygdommen träffer på springende Temperaturer, så fölger heraf, at sådanne Temperaturer heller ikke kunne betragtes som Kontraindikation for et operativt Indgreb, med mindre de ledsages af andre Symptomer, som lade formode eller godtgöre, at de gå Hånd i Hånd med de tidligere omtalte destruktive Processer i Galdegangenes Vägge eller i Leverparenkymet, og for Afgörelsen af dette Spörgsmål kan den af REGNARD påviste og af CHARCOT betonede Antagonisme mellem Temperaturkurve og Urinstofkurve muligvis blive af Betydning. Dersom denne Antagonisme nemlig, således som CHARCOT formodede, er betinget af sådanne Forandringer i Leveren, som i väsentlig Grad kunne nedsätte Organets Funktionsävne, så måtte man med en vis Ret kunne forudsätte, at, når den ikke lader sig

påvise ved Galdestenssygdommen, så har denne ikke fört til en fuldständig Tillukning af Udförselsgangene med konsekutiv Udvidning af de intrahepatiske Galdegange eller til destruktive Processer i disse og i det omgivende Leverparenkym. Dette Räsonnement gälder dog selvfölgelig kun, når man kan udelukke den Mulighed, at Galdestenssygdommen er kompliceret med en anden, af samme uafhängig Leverlidelse, f. Ex. en hypertrofisk Cirrose.

Under alle Omständigheder kan det ikke, som fra nogle Sider sket, anföres som Bevis imod det omhandlede Symptoms Betydning, at SCHMITZ i adskillige Tilfälde af Galdestenskolik med intermitterende Feber ikke har kunnet påvise det, og så vidt det kan afgöres af Referatet i Traité de médecine ([11], S. 710), ere de 3 Tilfälde, i hvilke LECORCHÉ et TALAMON * forgäves sögte Symptomet, heller ikke af afgörende Betydning, idet det i de 2 angives at have drejet sig om fièvre calculeuse, i det tredje om angiocholitis syphilitica. Alt i alt er CCHAUFFARD dog måske kommen Sandheden temmelig när, når han ender med at sige, at Forholdet mellem Hypazoturi og Temperaturstigning ikke er konstant, snarere måske en Undtagelse, men at Symptomet ikke des mindre har reel Värdi i Tilfälde, hvor det til Evidens kan konstateres ** ([11], S. 710).

Ved andre symptomatiske intermitterende Feber, således som f. Ex. ved den, der jävnlig ledsager Lungetuberkulosen, når den er kompliceret med Suppurationsprocesser, vil man som Regel finde en vis Paralellisme mellem Temperaturkurven og Urinstofkurven, således som det er fremhävet fra mange Sider og senest af MAGNIN BOQUET ([21], S. 50—51), og om der end har hävet sig enkelte Stemmer imod en sådan Parallelisme, så findes der, så vidt Forf. bekendt, ingen Talsmänd for Påstanden om, at der ved Tuberkulose skulde kunne påvises en lignende Antagonisme mellem Kurverne som den af REGNARD som karakteristisk for den såkaldte Leverfeber fremhävede. Derimod har JACCOUD allerede for mange År siden hävdet, at

* Études médicales 1881, S. 380. Originalen har ikke stået til Forfatterens Disposition.

** Når CHAUFFARD sammesteds angiver, at BROUARDEL har gjort en Iagttagelse, som gik i nästen modsat Retning af REGNARDS, så fortjäner det at fremhäves, at CHARCOT efter BROUARDEL har refereret et Tilfälde, hvor Urinstofmängden, der i Regelen var 11 til 12 Gm i Dögnet, regelmässigt sank, når Feberattakkerne närmede sig, og på selve Dagene for samme kun nåede 6,5, ja endog 4,5 Gm. Smlgn. en Meddelelse af FRIEDEL PICK på den nylig afholdte Kongres for indvortes Medicin (Centralbl. für innere Medicin 1897, Nr. 25, S. 648).

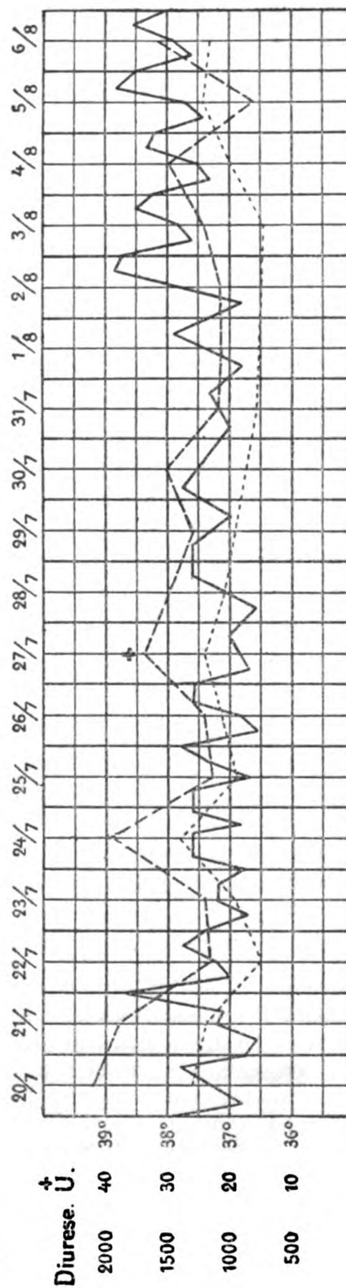
der ved Malaria finder en prämonitorisk Stigning af Urinstofmängden i Urinen Sted ved hver Feberattakke, hvoraf resulterer en Formindskelse af Urinstofmängden under og umiddelbart efter sidstnävnte. Påstanden er gentagen i hans Leçons for 1884—85 ([33], S. 630) og her sögt dokumenteret ved et Exempel, der dog ikke er overbevisende, da det kun drejer sig om Urinstofmängden pro mille, men ikke om den absolute Mängde per Dögn, og da Diuresens Störrelse ikke er angiven. Under alle Omständigheder ere Faldene ikke så betydelige som de af REGNARD angivne, og JACCOUDS Angivelse er, så vidt Forf. ved, ikke bekräftet ved Angivelser andensteds fra.

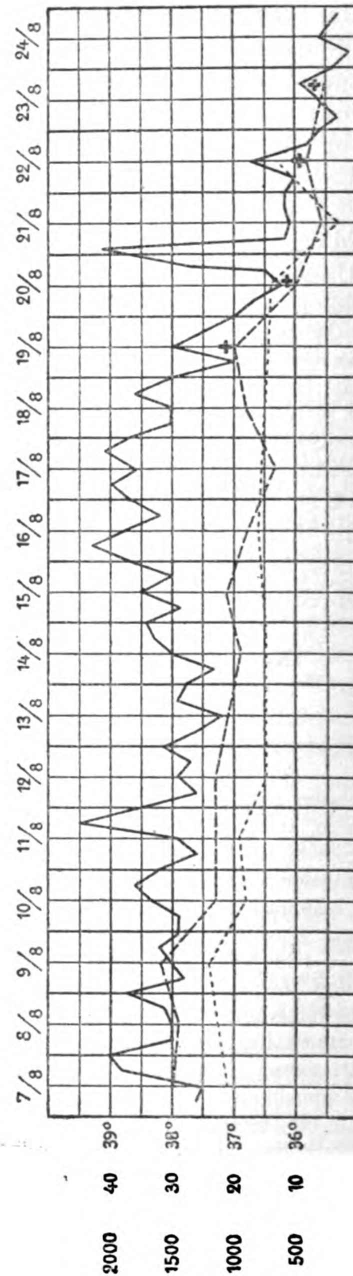
DUPRÉ,[10]) HANOT,[19] og [20]) GASTOU[24]) og andre franske Forfattere berörе lige så lidt som FABER den omhandlede Antagonisme ved Leversygdomme, og i de tidligere refererede Tilfälde fra Forfatterens Afdeling har Opmärksomheden ikke väret tilsträkkeligt koncentreret på Spörgsmålet, til Dels fordi der kun i et af dem blev diagnosticeret cholelithiasis og angiocholitis. I et senere iagttaget Tilfälde, som nedenfor meddeles, er Antagonismen imidlertid umiskendelig.

IX. Carl W., 38-årig Kurvemager. Indkom d. $^{8}/_{6}$ 96, död d. $^{26}/_{8}$ 96.

Klinisk Diagnose: Icterus chronicus propter retentionem. Cancer duodeni? Hæmorrhagia intestinalis. Albuminuria. Hernia scrotalis.

Pat. var et Par År i Forvejen bleven behandlet på Hospitalets anden medicinske Afdeling for gastro-intestinale Tilfälde (med icterus?); men derefter havde han befundet sig vel indtil 14 Dage för Indläggelsen, da han begyndte at lide af Mathed og jävnlige Bräkninger samt ubestemte Smerter i Underlivet foruden stadig Oppressionsfornemmelse i Epigastriet; först for 5 Dage siden Tegn på icterus. Der havde aldrig väret Galdestenskolik; syphilis benägtedes; han nöd ½ Pägl (= 125 Kcm.) Brändevin daglig i det sidste År, i tidligere Tid derimod mere. I Löbet af sidste Uge mente han at have tabt 12 ℔ i Legemsvägt. Ved Indläggelsen stilledes Diagnosen forelöbig på icterus catarrhalis, og Behandlingen ledede s i Overensstemmelse med denne Diagnose, idet dog Muligheden af cholelithiasis havdes i Erindring. Undersögelsen af fæces på Galdesten gav dog stadig negativt Resultat, og da icterus, trods Vexlen i Intensitet, vedvarede, blev der for den Mulighed, at en luetisk Leveraffektion kunde ligge bag Symptomkomplexet, forsögt Jodkalium, men uden Resultat, og da Afmagringen samtidig skred frem (han tabte i de sidste 3 Uger af Juli 7 ℔ i Vägt), ledede s Tanken hen på cancer. Symptomer på Kolämi og Kakexi udviklede sig nu hurtigt, og et Par Dage för Döden kom der meget stärke Tarmblödninger. Temperaturens, Diuresens og Urinstofkurvens Gang fremgår af den vedföjede Kurve *H* (S. 44).


H.
Diurese.
Ü.
= Temperatur.
= Diurese.
= Ü i Gram.
2000 1500 1000 500
40 30 20 10
39° 38° 37° 36°
20/7 21/7 22/7 23/7 24/7 25/7 26/7 27/7 28/7 29/7 30/7 31/7 1/8 2/8 3/8 4/8 5/8 6/8


2000 1500 1000 500
40 30 20 10
39° 38° 37° 36°
7/8 8/8 9/8 10/8 11/8 12/8 13/8 14/8 15/8 16/8 17/8 18/8 19/8 20/8 21/8 22/8 23/8 24/8

Sektionsdiagnosen löd: Carcinoma vesicæ felleæ c. compressione ductus hepatici. Cholelithiasis. Icterus universalis. Carcinoma metastat. hepatis. Ecchymos. intestini crassi. Hyperæmia renum. Stasis lienis. Ascites. Ecchymos. pericardii et pleuræ. Emphysema pulm. Bronchitis. Degeneratio fibrosa myocardii. Tuberculosis vetus gland. mesenterial.

Sektionsjournalen oplyser fremdeles: Lungerne ere Sädet for Emfysem, Bronkierne ikke dilaterede, deres Slimhinde injiceret. Colon transversum ved ret faste Adhärencer loddet til *Galdeblären*, der er lille og indskrumpen, og *hvis Indhold består af en purulent Vädske*, hvori talrige sort pigmenterede Kalkkonkrementer. *Väggene i Galdeblären overalt ulcererede;* på Gennemsnittet vise de sig fortykkede, hvidlige, uden skarp Gränse ind imod Levervävet, i hvilket der, i umiddelbar Närhed af Galdeblären, findes frasprängte hvidlige Knuder. Fortykkelsen sträkker sig fra Galdeblären end videre over på ductus hepaticus og helt ned i ductus choledochus, hvor den frembringer en Kompression af og Knäk på ductus hepaticus ved dens Indmunding i ductus choledochus. Ovenfor det komprimerede Parti er förstnävnte Kanal udspilet, og denne Udspiling fortsätter sig ind i Leveren ud i de fineste Galdegange. Som Fölge af de beskrevne Forandringer ere Vävene i Omfanget af Galdeblären og duct. cysticus stärkt retraherede og have trukket duodenum tät op til Galdeblären og til Leveren. Den mod peritonæum vendende Del af Galdeblären er stärkt fortykket og i Färd med at ulcerere. Den kankröse Degeneration har ikke strakt sig over på duodenum eller på Ventriklen. I Levervävet spredte metastatiske Knuder. I nederste Del af colon descendens, S romanum samt i rectum findes talrige submuköse Ekkymoser, men ingen tydelige Ulcerationer. Milten stor (260 Gm), mörkeröd, på Snitfladen rigelig Udvikling af Bindeväv. Mikroskopisk Undersögelse af Galdeblärens Väg viste carcinoma fibrosum.

Den omhandlede Kurve viser, at der gentagne Gange, således d. $^{21}/_{7}$—$^{22}/_{7}$, $^{11}/_{8}$—$^{12}/_{8}$ og $^{20}/_{8}$—$^{21}/_{8}$, var tydelige, om end ikke excessive Spring i Temperaturen, og at maximum faldt om Aftenen eller ved Midnatstid. Den viser fremdeles, at Urinstofbestemmelser for alle de tre pågäldende Dögn gav lavere Resultater end for de närmest forudgående og närmest efterfölgende Dögn, og at Formindskelsen var mest iöjnefaldende i det Dögn, da den pludselige Stigning af Temperaturen var mest udtalt. Kurven godtgör imidlertid tillige, at Urinstofmängden aftog kendelig henimod den letale Udgang, idet Gennemsnittet per Dögn for de sidste 9 Målinger bliver 14,6 Gram, medens det for de forudgående 27 Målinger bliver 22,1 Gram. Endelig vil det ses, at Diuresekurven og Urinstofkurven i den förste og störste Del af Iagttagelsesperioden fölge hinanden nästen parallelt, men at de senere jävnlig krydses,

uden at Forklaringen kan söges i mangelfuld Opsamling af Urinen.

Kurverne synes således at bekräfte ikke blot den af REGNARD påviste Antagonisme, men også den fra forskellige Sider hävdede Påstand om, at Urinstofbestemmelsen i al Almindelighed afgiver vägtige Holdepunkter for Vurderingen af Leverens Funktionsdygtighed. Denne Påstand var allerede kommen til Orde hos MURCHISON ([34], S. 299 og 313—314), idet han betragter det som afgjort, at, når Leverens sekretoriske Väv går til Grunde, således som ved akut gul Atrofi og i visse Tilfälde af langvarig Tilstopning af Galdens Udförselsgange, foregå de Metamorfoser, af hvilke Urinens faste Stoffer resultere, kun ufuldständigt, hvoraf Fölgen bliver, at der ikke dannes Urinstof i tilsträkkelig Mängde, medens der til Gengäld ophobes Leucin og Tyrosin i Blodet, hvorfra disse Stoffer udskilles gennem Urinen. I de Sygehistorier, som ledsage MURCHISONS Fremstilling, finder man dog ikke afgörende Beviser for Rigtigheden af denne Opfattelse, idet der kun ganske undtagelsesvis omtales Urinstofbestemmelser og disse tilmed kun ere approximative. Derimod har CHARCOT ([8], S. 86—93) fra Literaturen samlet en stor Mängde Iagttagelser (af FRERICHS, MEISSNER, PRÉVOST et DUMAS, BOUCHARDAT, PARKES, BROUARDEL, FOUILHOUX og andre), som synes at godtgöre, at den omhandlede Vexelvirkning existerer, og at den giver sig tilkende dels ved en forögет Urinstofudskillelse gennem Urinen, nemlig i Tilfälde, hvor Leverens Funktion på Grund af en inflammatorisk Hyperämi er forstärket, dels ved en Formindskelse af Urinstofmängden i Tilfälde, hvor en diffus eller begränset Destruktion af Organets sekretoriske Elementer medförer en Svākkelse i dets Funktionsävne. Det er et ganske karakteristisk Tidernes Tegn, at denne Doktrin, uagtet der a priori var så meget, som talte for dens Berettigelse, og uagtet den fik en väsentlig Stötte i CHARCOTS Avtoritet, dog har väret när ved at blive overgiven til Forglemmelse; den skulde dog synes at väre en värdifuld Akkvisition for den medicinske Klinik eller i alt Fald at fortjäne en kritisk Vurdering ved Sygesängen, navnlig efter at det gennem W. VON SCHRÖDERS experimentelle Undersögelser * synes at väre godtgjort, at Leveren er det Organ, i hvilket

* Archiv für experimentelle Pathol. und Pharmakol., Bd XV, S. 364 1882 og Bd XIX, S. 373 1885.

Urinstoffets Dannelse af kulsur Ammoniak fortrinsvis foregår. Ganske vist må det indrömmes, at Urinstofbestemmelsen i Urinen ved Leversygdomme i det seneste Decennium på ny har fået nogen Vind i Sejlene; men endnu er dette diagnostiske Hjälpemiddel ikke kommet fuldt til sin Ret, og Grunden hertil er formentlig at söge i, at enkelte franske Forfattere have väret tilböjelige til at drage for vidträkkende Slutninger af deres Iagttagelser vedrörende det omhandlede Forhold. Dette gälder således CHAUFFARD, som i 1885 har villet hävde, at der i visse Former af såkaldet icterus catarrhalis finder en Formindskelse af Diurese og Urinstofmängde Sted, hvilken på kritisk Vis aflöses af en pludselig og betydelig Forhöjelse af bägge, på samme Tid som Galden på ny får Adgang til Tarmen ([35], S. 9—22). Af denne Omständighed drog CHAUFFARD den Slutning, at icterus catarrhalis var en Infektionssygdom, en Opfattelse, han også har hävdet i Traité de médecine.

Efter at Forf. af denne Afhandling i nogle År har haft sin Opmärksomhed rettet på dette Spörgsmål, tror han at turde hävde, at CHAUFFARDS Iagttagelse ikke holder Stik i Flertallet af Tilfälde af icterus, end ikke i sådanne, som kunne henregnes under den såkaldte WEILS Sygdom, og i hvilke der dog utvivlsomt må regnes med en Infektion. Mere Vägt må der tillägges SIREDAYS Meddelelse om, at han ved Analyse af en stor Del Iagttagelser, som BROUARDEL havde stillet til hans Disposition, har fundet, at der ved Leverlidelser i Tilslutning til Infektionssygdomme först opträder en meget kortvarig Forhöjelse af den udskilte Urinstofmängde, derefter en mere eller mindre langvarig Formindskelse af samme og endelig en pludselig Forhöjelse ved begyndende Rekonvalescens eller en yderligere Formindskelse, hvis Leversygdommen forvärres. Idet SIREDAY henviser til, at QVINQUAUD har gjort Iagttagelser i lignende Retning, opstiller han den Hypotese, at Forhöjelsen af Urinstofudskillelsen svarer til en Kongestion af Leveren, Formindskelsen til en mere eller mindre fuldständig Destruktion af Levercellerne eller i alt Fald til en Hämning af deres Funktion på Grund af Forstyrrelser i Organets Kapillärkredslöb; men han advarer dog udtrykkeligt imod at drage for sikre Slutninger i denne Retning, forinden det gennem fremtidige Iagttagelser er godtgjort, at der svarer bestemte patologiske Forandringer i Leveren til de iagttagne Svingninger i Urinstofkurven ([36], S. 481).

Langt mindre nöjeregnende er DUPRÉ,[10]) der uden at han, så vidt det kan ses, har foretaget selvstændige Undersögelser i större Omfang til Belysning af Spörgsmålet, udtaler sig med stor Sikkerhed om samme. Stöttet til Iagttagelser af de tidligere nävnte Forfattere og desuden af MOSSÉ, LAUDOUZY og DEBOVE, hävder han nemlig, at Kurverne for Diuresen og for Urinstofudskillelsen löbe parallelt (S. 145), og han forklarer denne Parallelisme på den Måde, at Hyperazoturien medförer Polyuri, fordi Urinstoffet virker diuretisk, medens Hypazoturi af lignende Grund medförer Oliguri. Han betragter det fremdeles som fastslået, at Hyperazoturien er Udtryk for en funktionel Irritation af Levercellerne, Hypazoturien derimod Udtryk for deres Destruktion, og ud fra denne Forudsätning tilkender han Urologien en fundamental Betydning i Galdeinfektionens Semiologi, särlig med Hensyn til Prognosen, idet sidstnävnte må betegnes som desto dårligere, jo lavere Diuresen og altså også den udskilte Urinstofmängde er.

Denne Läre om, at det er muligt ligefrem at aflåse Levercellernes Funktionsdygtighed i Resultaterne af den uroskopiske Undersögelse, har fundet et Slags Supplement i GASTOUs, for övrigt ikke originale, Påstand om, at Urobilinurien skulde väre et konstant Symptom ved den såkaldte Hepatisme, der resulterer af le foie infectieux ([24], S. 172 og S. 233); men i bägge Retninger tiltränges der sikkert nye Undersögelser, og der ligger på disse Områder Opgaver for den kliniske Medicin. A priori forekommer det Forfatteren usandsynligt, af Grunde, som han andensteds * har gjort närmere Rede for, at Ureometrien skulde have en så dominerende Betydning som forudsat af DUPRÉ; men på den anden Side have nogle i den seneste Tid på Forf:s Afdeling foretagne systematiske Urinstofbestemmelser ved kroniske Leversygdomme gjort det sandsynligt, at man i store Träk kan påvise en betydelig Formindskelse af Urinstofudskillelsen henimod den letale Udgang.

Af hepatitis, opstået i Tilslutning til Tyfoidfeber, har Forf. kun iagttaget et Par Tilfälde, og i disse har der ikke väret Lejlighed til at gennemföre Urinanalyser i et längere Tidsrum, da bägge Patienter önskede at fortsätte Behandlingen i Hjemmet.**

* Bidrag til Bedömmelsen af Ureometriens Betydning for den kliniske Diagnose, med särligt Hensyn til den ESBACHske Metode. Hosp.-Tid. 1885.

** Den ene af disse Patienter, en 34-årig Kvinde, genså jeg en enkelt Gang, omtrent et halvt År efter Udskrivningen fra Hospitalet; hun havde i Mellemtiden

Med Hensyn til Urobilinurien ere Forholdene endnu så lidet belyste, de opnåede Resultater så indbyrdes uoverensstemmende, at det forelöbig synes umuligt at drage Slutninger i diagnostisk eller prognostisk Retning af, om den spektroskopiske Undersögelse viser et mörkt Absorptionsbånd på Overgången mellem Grönt og Blåt eller ikke ([18], S. 1280). Af andre Forhold ved Urinen, som kunne komme i Betragtning for Diagnosen af og Prognosen ved Leversygdomme, skal lejlighedsvis nävnes den alimentäre Glykosuri, Cylindrurien, Forögelsen af Urinens Toxicitet o. s. v.; men også disse urologiske Abnormiteter tränge til närmere Undersögelse ved Sygesängen og i Laboratoriet, för de kunne få praktisk Betydning.

Foruden ved de i det foregående udförligt omhandlede Tilfälde har Forf. under sin Hospitalsvirksomhed truffet på springende Temperaturer hos adskillige Patienter, hvis Sygdomsbilleder närmest måtte falde ind under Septikopyämi af puerperal eller anden manifest Oprindelse eller, for så vidt det drejede sig om Börn, under tuberculosis miliaris acutus. Hos et Par af de Börn, hvor denne Diagnose bekräftedes ved Avtopsi, påvistes desuden komplicerende otitis media purulenta, og denne Komplikation vilde sandsynligvis väre funden oftere, dersom der var blevet lagt särlig Vägt på at påvise dens Tilstedevärelse. Af Patienter med Septikopyämi havde to, nemlig et 2-årigt Barn og en 15-årig Pige, otitis media purulenta, sidstnävnte, som blev opereret på 1ste Afdel., desuden Suppuration i cellulæ mastoideæ og Sinustrombose. * I et tredje Tilfälde drejede det sig om en 21-årig Kökkenpige fra Blegdamshospitalet, som indkom med en let septisk endometritis efter Abort; hos hende optrådte de springende Temperaturer först efter flere Ugers Hospitalsophold som Förlöbere for erysipelas faciei. I et fjärde Tilfälde, hos en 25-

---

haft jävnlige meget voldsomme Feberattakker, var afmagret betydeligt og havde persisterende, men remitterende icterus. Jeg tilrådede Hospitalsindläggelse med Spörgsmålet om eventuel Kolekystotomi for Öje; men Pat. sögte Hjälp andre Steder, indtil hun omtrent et År efter Udskrivningen indlagdes på Kommunehospitalets 5te Afdeling, hvor man efter Kolekystotomi ved Sondering gennem ductus cysticus mente at kunne påvise en calculus i ductus choledochus. Diagnosen blev senere bekräftet ved Avtopsi. Det er i denne Forbindelse ret interessant, at 2 af de 5 Patienter med bevägelige Galdesten i ductus choledochus, som FENGER opererede, nogle År forud havde haft tyfoid Feber ([43], S. 17 og 24).

* Smlgn. et af SCHMIEGELOW meddelt Tilfälde i Hosp.-Tid. 1893, S. 364, hvilket er refereret af FABER ([18], S. 1270).

årig Håndarbejderske, tog Infektionen ligeledes sit Udgangspunkt fra septisk endometritis efter Abort og resulterede i en paranefritisk Absces. Gennemgangsleddet var en Pyonefrose i Tilslutning til pyelitis calculosa, således som det fremgik af det på 5te Afdeling foretagne operative Indgreb, der förte til Helbredelse.

I Modsätning hertil fortjäner det at fremhäves, at Forf. ikke har truffet springende Temperaturer i Tilfälde, hvor det drejede sig om enkeltvis opträdende större Abscesser i eller om et bestemt Organ, således ved Empyem, abscederende appendicitis eller parametritis, ligesom han i Tilfälde, hvor Hovedlidelsen var septisk endocarditis, kun har set dem i Tilslutning til emboliske Infarkter i andre Organer.

At Forsöget på at udrede den närmere Sammenhäng mellem de omhandlede Temperaturkurver og de patologiske Tilstande, til hvilke de i Regelen ere knyttede, ikke kan före til et definitivt Resultat, er på Forhånd givet. Det drejer sig her som overalt, hvor den sygelige menneskelige Organisme göres til Genstand för Forskning, om så komplicerede Forhold, at en Tydning, som bärer Sandsynlighedens Präg og ikke står i åbenbar Modstrid med den kliniske Erfaring, må stilles som Målet for Undersögelsen.

Det er ovenfor (S. 6) omtalt, hvorledes CHARCOT betonede, at de heldigste Betingelser for den såkaldte Leverfebers Opståen var Tilstedevärelsen af pus eller mucopus, blandet med stagnerende Galde, i de udvidede og betändte Galdegange; men når FABER heraf har udledet, at den nävnte Forfatter har sögt Begrundelsen af Feberens intermitterende Karakter i mekaniske Retentionsforhold på Grund af Leverens anatomiske Bygning ([18], S. 1279), er dette ikke korrekt; ti CHARCOT har udtrykkelig erkläret sig renonce på dette Punkt, idet han ([8], S. 181) udtaler: »Quant à l'intermittence des accès de fièvre angiocholique, on ignore totalement la cause.» Ved Omtalen af den Feber, der ledsager Galdestenssygdommen under Kolikanfaldene, den hepatalgiske, har han imidlertid antydet et andet Moment, der i Forening med Stagnation af septiske Stoffer kan lede til en plavsibel Forklaring, nemlig de ved Galdestenes Passage forårsagede solutiones continui i Udförselsgan-

genes Vägge, hvorved Muligheden for en stödvis Overgang af de pyretogene Stoffer i Blodet er given ([8], S. 181—185).

Fra anden Side er der imidlertid gjort Forsög på at finde Forklaringen på et mere generelt patogenetisk Grundlag, idet man har villet göre gäldende, at Hypertermien skyldtes visse, Hypotermien andre Stoffers Overgang i Blodet, og fra dette Udgangspunkt har det ligget når at slutte, at disse supponerede Stoffers forskellige Virkninger skyldtes den Omständighed, at de resulterede af forskellige Mikroorganismers Virksomhed. BOUCHARD har som bekendt vist, at intravenös Injektion af Urin hos Kaniner frembringer et Temperaturfald på 5—7° C., og at dette skyldes en i Urinen tilstedevärende organisk Substans, som lader sig isolere ([37], S. 35 og 66), og det er derfor ikke andet, end hvad der kunde väntes, når BOIX i 1893 angav at have fundet, at også Bouillonkulturer af en Mikroorganisme, nemlig bacterium coli commune, havde eller dog kunde have en lignende Virkning ([38], S. 113—120). *

På den anden Side har BOUCHARD et CHARRIN påvist en hypertermiserende Virkning af oplöselige Produkter af bacillus pyoceaneus ([40], S. 528), og forskellige andre Undersögere have påvist lignende Forhold for andre Mikrobers Vedkommende. At Virkningen dog ingenlunde er konstant, men ganske kan udeblive hos et Forsögsdyr, medens den er stärkt fremtrådende hos andre, uagtet Forsögsbetingelserne i et og alt ere de samme, påpegede HENRIJEAN allerede i 1889 ([41], S. 911).

Ikke des mindre har DUPRÉ i 1891 i det tidligere citerede Arbejde over Galdeinfektion ([10], S. 155—158) gjort et interessant, men ganske mislykket Forsög på at dokumentere Febertypens Afhängighed af de til Grund for Infektionen liggende Mikrobers Forskelligartethed. Idet den nävnte Forfatter går ud fra, at man må skelne mellem monobakterielle og polybakterielle Infektioner, foruden at man også må regne med Tilfälde, i hvilke den bakterioskopiske Undersögelse giver negativt Resultat, opstiller han tre Hovedklasser, som ere indbyrdes forskellige, ikke blot med Hensyn til Patogenese, men også med Hensyn til de forefundne patologiske Forandringer og til disses kliniske Manifestationer. Den förste Klasse skulde skyldes

* BOIX's Meddelelse fremkom til Dels for at stötte HANOT, der kort i Forvejen havde refereret 3 Tilfälde af icterus gravis med subnormale Temperaturer, og som havde afledet disse sidste af den Omständighed, at der påvistes bacterium coli i de pågäldende Patienters Galde og Lever ([39], S. 383).

saprogene Bakterier, som, når de indbragtes i Galden, skulde udöve en direkte toxisk, d. v. s. en stärk kemisk Virkning og derved forårsage Nekrose af Vävet, hvilken Proces skulde give sig Udslag i Hypotermi og i kliniske Symptomer på insufficient Leverfunktion. Den anden Klasse skulde skyldes Tyfusbacillen eller bacterium coli commune; her skulde den kemiske Virkning kun väre ringe, den defensive Reaktion fra Cellernes Side kun väre middelstärk, hvorfor den kun själdent skulde resultere i Suppurationsprocesser. I den tredje Klasse skulde det derimod dreje sig om pyogene Kokker; her skulde den kemiske Virkning kun spille en ganske underordnet Rolle i Sammenligning med den cellulära, fagocytära Reaktion, hvis kliniske Udslag skulde blive livlig Feberbevägelse og jävnlig Infektion af hele Organismen.

Uagtet DUPRÉ har taget et vist Forbehold, for så vidt som han har indrömmet, at de indtil da foreliggende bakteriologiske Undersögelser vare for fåtallige til at dokumentere hans Synsmåde fuldt ud, så har han dog öjensynlig fölt sig overtydet om, at han var inde på den eneste rette Vej, og at fremtidige Undersögelser, hvorved Kendskaben til de Galden inficerende Mikrober blev udvidet og befästet, vilde, som han udtrykte sig, medföre »dans l'analyse et le classement des faits cliniques, les éléments d'une pathogénie positive». Denne Synsmåde, der jo ikke savner Analogier, har ikke fundet Stöttepunkter i, hvad de seneste Års Iagttagelser have lärt, og allerede de af DUPRÉ meddelte Sygehistorier bidrage til at stille den i en mindre heldig Belysning, idet han i Tilfälde af angiocholitis purulenta angiver at have fundet dels Tyfusbacillen, dels en anden Bacil som eneste Mikrob. Senere er den förstnävnte Bacils pyogene Ävne endog bleven stärkt fremhävet fra forskellige Sider, og VEILLON og JAGLI have påvist bacterium coli commune i Renkultur ved Leverabscesser efter Dysenteri, FRAENKEL og BIGNAMI have fundet den som eneste Mikrob ved Leverabscesser som Fölge af cholelithiasis, medens GILBERT og GIRODE have hävdet, at den i mange Tilfälde er Årsag til Betändelser i Galdeblären og i Galdegangene. Disse Exempler ville kunne suppleres med mange andre så vel på kliniske Iagttagelser som på Dyreforsög, der alle sigte til at godtgöre, at bacterium coli skulde spille en dominerende Rolle ved Suppurationsprocesser i Leveren. Herom kan enhver overtyde sig ved at slå efter i de sidste

Årgange af BAUMGARTENS Jahresberichte über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen og af Centralblatt für innere Medicin. Selvfölgelig miste en Del af disse Angivelser deres Betydning, hvis WÜRTZ's og HERMANS Påstand om, at den omhandlede Mikrob kort efter Döden vandrer ud fra Tarmen til forskellige Organer, specielt til Leveren, er rigtig; * men også uden denne Forudsätning ere Udsigterne for en Leversygdommenes Klinik, som skal begrundes på et patogenetisk Inddelingsprincip i moderne Forstand, alt andet end lyse, efter at nu også Sporozoer og Amöber fra mange forskellige Sider ere påviste i pus fra Leverabscesser og af nogle blive betragtede som Årsag til sidstnävnte. Alt i alt forekommer det Forf., at en Sammenstilling af, hvad de seneste År have bragt om Fund af Mikroorganismer ved Suppurationsprocesser i Leveren, må före omtrent til samme Resultat som det, hvortil ORTNER ([31], S. 106—107) er nået, nemlig at man for Tiden ikke kan afgöre, hvilken Rolle bacterium coli commune og hvilken Rolle andre Mikroorganismer spille for Patogenesen af de omhandlede sygelige Tilstande, og at man ikke véd, om den nävnte Mikrob snarere foranlediger Hypotermi end Hypertermi.

Også af andre Grunde er det meget vovet at ville bringe de Spring i Temperaturen, som jävnlig eller dog af og til iagttages ved Suppurationer i Leveren så vel som i andre Organer, i Afhängighedsforhold til en Infektion med forskelligartede patogene Bakterier. Det er nemlig blevet gjort gäldende af ROUSSY i 1889, at alle Celler, alle Mikroorganismer, kort sagt alle biologiske Enheder frembringe Diastaser og oplöselige Fermenter, af hvilke et enkelt, der benävnes »Pyretogénine», ved Infektion på Dyr fremkalder Temperaturforhöjelse. Også HENRIJEAN ([41], S. 931) har betonet de talrige Analogier, der findes mellem Vävscellerne i den dyriske Organisme og Mikrober, og endelig har CENTANNI i 1893 påvist, at Bouillonkulturer af en stor Del så vel patogene som ikke patogene Mikrober indeholder et Stof, »Pyrotoxin», som konstant ved Injektion på Dyr fremkalder Temperaturstigning efter forudgående, kortvarigt Temperaturfald.

* Smlgn. en Afhandling af M. NEISSER om Bakteriernes Passage gennem Tarmväggen, ref. efter Zeitschr. f. Hygieine, Bd XXII. 1 i: Ugeskr. f. Läger 1897, R. 5, Bd 4, S. 305—306. Se også Referater i: Centralbl. für innere Medicin 1897, Nr 23, S. 558—559.

Under disse Forhold kan Forfatteren til en vis Grad väre enig med FAEER, når han gör gäldende ([18], S. 1279) at Feberens Type ved den såkaldte Leverfeber er uafhängig af Infektionens Natur, men at Leveren skulde väre det eneste Organ, som påtrykker Feberen et eget Stempel, uafhängig af Infektionens Natur, således som FABER også vil hävde, kan Forf. efter sine Erfaringer ikke indrömme.

Men når det således kan betragtes som fastslået, at den moderne Bakterieforskning alene ikke magter en patogenetisk Begrundelse af Temperaturspringene, og når det fremdeles er usandsynligt, at den i en overskuelig Fremtid skulde kunne löse Opgaven, eftersom de seneste Års Iagttagelser have fjärnet den fra i Steden for at närme den til Målet, så turde det ligge när at undersöge, om ikke en skärpet klinisk Iagttagelse, i Forbindelse med Påvisning af visse bestemte patologiske Forandringer ved Sektion, kan bringe os noget närmere til Opgavens Lösning. Forf. skal dog i denne Forbindelse henvise til den kliniske Kendsgerning, at ikke blot springende Temperaturer, men Temperaturforhöjelse i Almindelighed, undertiden mangler i Tilfälde, hvor man havde Grund til at vänte dem, fordi de patologiske Vävsforandringer vise sig at väre ganske svarende til dem, man träffer i andre Tilfälde, i hvilke Temperaturens Afvigelser fra det normale endog ere meget betydelige. Vi vide således, at Pnevmoni, tuberculosis pulmonum og flere andre Sygdomme stundom kunne forlöbe ganske eller tilnärmelsesvis afebrilt. Med Hensyn til Sygdomme i Leveren er det i det foregående omtalt, at Abscesser ligesom cholecystitis purulenta kunne forlöbe uden Feber eller dog uden Spring i Temperaturen, og at det samme gälder angiocholitis purulenta, har CHARCOT betonet ([10], S. 122) og DUPRÉ bekräftet. Sidstnävnte Forfatter har som Årsag til, at Temperaturforhöjelsen udebliver, henpeget på Patientens Almentilstand og med et Citat af GRISOLLE som Udgangspunkt särlig lagt Vägt på Patientens höje Alder eller på tilstedeVärende Kakexi. At NAUNYN deler samme Opfattelse, fremgår bl. a. af hans Udtalelse om, at cholangitis forlöber under Billedet af en septisk Infektion, for så vidt den ikke forbliver ganske latent ([16], S. 104).

At også andre Momenter end Patientens höje Alder eller kakektiske Tilstand kunne blive bestemmende for Temperaturspringenes Udebliven, er sandsynligt og bekräftes til en vis

Grad af Forf:s personlige Erfaring. Vi nödsages altså til i hvert enkelt Tilfälde at regne med den angrebne Organismes Reaktionsävne foruden med den lokale Affektion og den af samme betingede Mulighed for, at der kan gå pyretogene Stoffer over i Blodet. MARAGLIANO[42]) har derfor utvivlsomt Ret, når han for kort Tid siden har gjort gäldende, at en Hovedfaktor i Feberens Mekanisme må söges på et vaskulärt Grundlag, og at det er umuligt, at der i den levende Organisme overhovedet kan indträde nogen Temperaturforhöjelse, med mindre der finder en aktiv Medvirkning Sted fra Karinnervationens Side. Denne Synsmåde er for övrigt af äldre Datum, idet den er fremsat allerede af SCHIFF og af VULPIAN, af sidstnävnte dog med det Forbehold, at man må indrömme Muligheden af, at pyretogene Stoffer kunne indvirke direkte på de forskellige Vävs levende organiske Substans og modificere sammes nutritive og termogene Processer ([44], S. 250—265). Ny er derimod MARAGLIANOs Läre om den såkaldte termiske Cyklus ved akute Infektionssygdomme, hvilken tager sit Udgangspunkt fra den, dog näppe uomtvistelige, kliniske Iagttagelse, at Temperaturkurverne ved de omhandlede Sygdomme ikke vise Kontiguitet, men at man ved at måle Temperaturen fra Time til Time finder så betydelige Svingninger indenfor det enkelte Dögn, at man jävnlig får ikke blot en remitterende, men endog en ligefrem intermitterende Kurve at se. MARAGLIANO mener således at have påvist, at ved en Del af de omhandlede Sygdomme nåer Temperaturen efter en Periode på höjest 7 Dage ned til det normale enten for stedse eller kun forbigående. Forklaringen på Fänomenet söger den nävnte Forfatter i Hypotesen om, at der til hver Cyklus svarer et Sygdomsfocus, f. Ex. et pnevmonisk infiltreret Parti af Lungen, og at der i samme kun lever og kommer til Udvikling et vist begränset Antal Generationer af Mikroorganismer. Så länge denne biologiske Udvikling foregår, findes der, eller kan der i alt Fald findes, Temperaturforhöjelse; når den er afsluttet, må der derimod indtråde en afebril Periode, med mindre der begynder en ny Udvikling af Mikroorganismer i et nyt focus.

Selv om nu MARAGLIANOs principale Påstand ikke vil vise sig holdbar, når den underkastes en kritisk Vurdering ved Sygesängen, så indeholder den dog sandsynligvis noget begrundet. Således viser en af de i denne Afhandling gengivne Kurver (*H*) gentagne Gange pludselige betydelige Stigninger

af Temperaturen ved Måling Kl. 12 Nat, Stigninger, som ganske vilde väre blevne oversete ved de obligate Morgen- og Aftenmålinger, * og det er jo ikke utänkeligt, at man i nogle Tilfälde af såkaldet Leverfeber har observeret Spring i Temperaturen, som vilde väre undgåede Opmärksomheden, hvis ikke Patientens subjektive Befindende havde foranlediget hyppige Målinger. I Flertallet af Tilfälde kan denne Forklaring dog ikke väre fyldestgörende, og her må vi altså söge efter en anden. Det ligger da ikke så ganske fjärnt at ty til den MARAGLIANOske Hypotese, der jo er et Forsög på at give Läreu om Kriser en Begrundelse i Overensstemmelse med den nyere exakte Forsknings Resultater, — og det så meget mere, som det näppe lader sig benägte, at den finder nogen Stötte i, hvad vi iagttage ved Septikopyämien. Ved denne Sygdom vil man, som bekendt, jävnlig väre i Stand til at påvise et nyt focus, samtidig med at der opträder en pludselig Stigning af Temperaturen, og selv hvor Påvisningen ikke lykkes, regne vi dog med den Mulighed, at en sådan Translokation af de septiske Stoffer gennem Emboli eller på anden Vis kan have fundet Sted.

Lad os da ud fra ovenstående Betragtning på ny kort rekapitulere de patologiske Tilstande, under hvilke springende Temperaturer fortrinsvis komme til Iagttagelse, og som altså må formodes i särlig Grad at afgive Betingelser for deres Fremkomst. Begynde vi med Leveren, ville vi finde, at disse Betingelser hyppigst ere tilstede ved Suppuration i Galdegangene, når disse på Grund af Hindring for Passagen gennem ductus choledochus ere udvidede, og särligt hyppigt, når Suppurationsprocessen gennem Ulceration af Galdegangenes Vägge har grebet over på det omgivende Leverväv og foranlediget Dannelsen af multiple små Abscesser. I Sammenligning med Tilfälde af denne Art synes enkelte större Abscesser i Leveren så vel som cholecystitis suppurativa kun forholdsvis själdent at medföre lignende Virkninger, og med Hensyn til den intermitterende Feber under Galdestenskolik er det endnu ikke sikkert godtgjort, om det end til en vis Grad er gjort sand-

* En Iagttagelse i lignende Retning, men langt mere prägnant, har Forf. haft Lejlighed til at göre hos en lille Pige, som endnu henligger på hans Afdeling med Symptomer på rachitis, medens det i övrigt ikke har väret muligt at påvise nogen som helst Årsag til de hyppige Temperaturspring, af hvilke en stor Del ganske vilde have undgået Opmärksomheden, hvis Temperaturen ikke en Tid lang var bleven målt hver 6te Time.

synligt, at den har samme Patogenese som Feberen ved de ovenfor nävnte Leverlidelser; den er muligvis kun eller til Dels en Reflexfeber. — Vende vi os herefter til Lungerne, finde vi, at de springende Temperaturer fortrinsvis ere knyttede til Suppurationsprocesser i Bronkierne, särligt når de medföre Ulceration af de dilaterede Bronkiers Vägge med Dannelsen af bronkiektasiske Kaverner eller med Henfald af Lungevävet til peribronkitiske Småkaverner. Men medens Springene i Temperaturen i Regelen kun ere antydningsvis tilstede, så länge den patologiske Proces er indskränket til en bronchitis med Bronkiektasi, kunne de nå excessive Grader, når denne Proces opträder kombineret med Tuberkulose, og muligvis spiller yderligere Komplikation med arthritis urica en ikke uväsentlig Rolle i den omhandlede Retning (se Sygehistorie IV). På den anden Side synes Lungetuberkulosen, i alt Fald hos voxne, ikke i og for sig at foranledige uregelmässige Spring i Temperaturen, men kun at medföre sådanne, når der enten samtidig findes bronchitis med Bronkiedilatation eller stärkt uregelmässige, indbyrdes anastomoserende eller med Sinuositeter i Väggene forsynede Kaverner, eller endelig hvis der finder et purulent Henfald af spredte kaseöse foci Sted.

Hvor de kliniske Symptomer udvikle sig således, at Diagnosen närmest må gå i Retning af Septikopyämi, dominere uregelmässige Spring i Temperaturen fortrinsvis i Tilfälde, hvor der enten dannes det ene Pusfocus efter det andet i forskellige Organer, eller hvor Suppurationsprocessen hovedsagelig har sit Säde i Organer, der i Fölge deres anatomiske Bygning afgive Betingelser for en springende Udbredning af Processen, altså hvor der findes Hulrum med mange Krinkelkroge, således som i auris media og cellulæ mastoideæ, i pelvis renum og calyces o. s. v. Under sådanne Forhold kunde man vel tänke sig, at de patogene Mikrober snart hist, snart her kunde finde en gunstig Rugeplads, på lignende Måde som i dilaterede Galdegange eller Bronkier.

Dersom man da i det hele vil tilkende Maraglianos Läre om den termiske Cyklus nogen Betydning, kunde man måske yderligere drage den Slutning, at, hver Gang der i en sådan ny Rede kommer et nyt Kuld af Mikrober til Udvikling, skabes der Betingelser for, eller i alt Fald Muligheden for, at en större Mängde pyretogene Stoffer på *en* Gang kan gå over i Blodet. Om denne Mulighed bliver til Virkelighed

eller ikke, måtte da tänkes betinget af, om der opstod nogen solutio continui i Väggen af det pågäldende Hulrum, hvorigennem en sådan Overgang til Blodet kunde finde Sted, — og om der da af denne Overgang resulterede en Temperaturstigning, måtte atter tänkes afhängigt af Måden, på hvilken den angrebne Organisme reagerede derimod. Det på Stigningen fölgende Temperaturfald vilde kunne opfattes som Udtryk for en naturlig Slappelse ovenpå den excessive Kraftudfoldelse, som Beståbelsen for at afslå Angrebet medförte. Hvad der synes at stötte denne Opfattelse, er de subnormale Temperaturers Forhold. Det vil nemlig så vel af de af Forfatteren gengivne som også af de af FABER og andre meddelte Kurver fremgå, at Störrelsen af Temperaturfaldet under Normalen ikke udelukkende er afhängigt af den forudgående Temperaturstignings Intensitet, men at i Tilfälde, hvor Organismen bukker under for Sygdommen, der tiltage Temperaturfaldene jävnlig i Hyppighed og Intensitet i et Forhold, der ikke modsvarer Temperaturstigningerne. Det er, som om Organismen efterhånden mindre og mindre tåler den Kraftudfoldelse, som förstnävnte nödvendiggör, og derfor slappes mere og mere ligesom Strengen på en Bue, der idelig og idelig spändes over Ävne. Hvis denne Betragtning er rigtig, måtte man a priori vänte i Tilfälde, der endte med Helbredelse, at kunne konstatere det omvendte Forhold, altså at de subnormale Temperaturer bleve mindre hyppige og mindre udtalte hen imod Defervescensen, uanset om de pludselige Stigninger i Temperaturen aftog i samme Forhold eller ikke. Man kan imidlertid ikke i de Kurver, der stå til Forf:s Disposition, tydelig konstatere en sådan Gang af Kurven; tvärtimod viser det sig, således som fremhävet af DENNIG,[1] * at der, efter at Defervescensen er indtrådt, jävnlig i längere eller kortere Tid findes gennemgående lave, stundom udtalte subnormale Temperaturer, således at det er öjensynligt, at Organismen bruger nogen Tid, för der er kommet Ligevägt i, end sige da et Plus til dens Reaktionsävne. I prognostisk Henseende kan altså kun det förstnävnte Forhold, nemlig at de subnormale Temperaturer stadig blive mere og mere dominerende i Kurven, väntes at kunne få Betydning.

---

* Se ovenfor S. 3.

Idet Forfatteren overgiver de i Afhandlingen fremsatte Anskuelser til sine Kollegers Prövelse ved Sygesängen, er det hans Håb, at de i Hovedsagen skulle vise sig at väre rigtige; men dermed väre selvfölgelig ingenlunde ment, at de ikke skulle tiltränge Korrektion på forskellige Punkter. At Begrebet Leverfeber ikke har nogen Ret til at bestå, når det udelukkende baseres på Temperaturkurvens Form, og at det er overflödigt, når det dog må söges stöttet ved andre og direkte Symptomer fra Leverens Side, vil dog forhåbentlig indrömmes fra alle Sider. *

* Ret illustrerende turde fölgende på Forf:s Afdeling i den seneste Tid iagttagne Tilfälde väre. En 64-årig Arbejdsmand indkom d. 19/9 96 i meget medtagen Tilstand med subnormale Temperaturer, som holdt sig det förste Par Dage; senere var Temp. gennemgående normal eller i ringe Grad forhöjet; men flere Gange iagttoges pludselige, tilsyneladende umotiverede Spring på henved 3° C. Der var alle Tegn på en Leverlidelse med Skrumpningsprocesser, desuden Tegn på bronchitis, arteriosclerosis, nephritis samt cystitis. Efter 58 Dages Hospitalsophold döde Patienten, og ved Sektionen fandtes udtalt atrofisk Levercirrose, Miltforstörrelse, ascites, men intet Tegn til Suppuration i Galdeblären, Galdegangene eller i Leverparenkymet; derimod påvistes en udbredt kronisk purulent bronchitis med Bronkiedilatation, kronisk interstitiel nephritis, cystitis samt en (ikke diagnosticeret) Absces i prostata.

Literaturfortegnelse.

[1]) A. DENNIG: Ueber septische Erkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der kryptogenetischen Septicopyämie. Leipzig 1891.

[2]) LEUBE: »Zur Diagnose der spontanen Septicopyämie» i: Deutsches Archiv für klin. Med., Bd XXII 1878, S. 235—278.

[3]) LITTEN: »Ueber septische Erkrankungen» i: Zeitschrift für klin. Medicin, Bd II 1881, S. 378—454 og S. 558—600.

[4]) P. WAGNER: Deutsches Archiv für klin. Medicin, Bd XXVIII 1881, S. 520—561.

[5] a) v. JÜRGENSEN: Ueber cryptogenetische Septico-Pyämi i: Verhandlungen des VII:ten Congresses für innere Medicin. Wiesbaden 1888, S. 314—323 og

b) v. JÜRGENSEN: Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Zweite Auflage. Leipzig 1889, S. 284 og 291.

[6]) HUTINEL et CLAISSE: Sur une forme suraigue de sépticémie médicale i: Revue de médecine. Tome XIII 1893, S. 353—375.

[7]) N. KULNEFF: Primär septikämi och s. k. cellig pneumoni i: Hygiea, Bd 58, Marts 1896, S. 278—302.

[8]) CHARCOT: Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins, faites à la faculté de médecine de Paris, recueillies et publiées par Bourneville et Sevestre. Paris 1877.

[9]) HENOCH: Klinik der Unterleibs-Krankheiten. Dritte Auflage. Berlin 1863, S. 102 o. f.

[10]) E. DUPRÉ: Les infections biliaires (Étude bactériologique et clinique). Paris 1891.

[11]) A. CHAUFFARD: »Maladies du foie et des voies biliaires» i: Traité de médecine, publié sous la direction de CHARCOT, BOUCHARD et BRISSAUD. Tome III. Paris 1892, S. 663—974.

[12]) O. VON SCHÜPPEL: Die Krankheiten der Gallenwege und Pfortader i: v. ZIEMSSENs Handbuch der speciellen Pathologie u. Terapie, Bd VIII. Erste Hälfte. Zweite Abtheilung. Leipzig 1880.

[13]) EICHHORST: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Zweiter Band. Zweite Auflage. Wien u. Leipzig 1885.

[14]) W. LEUBE: Specielle Diagnose der inneren Krankheiten, Bd I. Zweite Auflage. Leipzig 1889.

[15]) A. STRÜMPELL: Lehrbuch der Pathologie und Therapie, Bd I. Zweite Auflage. Leipzig 1885.

[16]) B. NAUNYN: Klinik der Cholelithiasis. Leipzig 1892.

[17]) KNUD FABER: »Om Hanots Sygdom og om intermitterende Galdefeber» i: Hosp.-Tidende 1894, Nr 44 og 45.

[18]) KNUD FABER: »Intermitterende Leverfeber uden icterus. Meddelelse fra Frederiks Hospitals Afd. A.» i: Hosp.-Tid. 1895, Nr 52.

[19]) V. HANOT: La cirrhose hypertrophique avec ictère chronique. Bibliothèque médicale (CHARCOT-DEBOVE). Paris 1892.

[20]) V. HANOT: Étude sur une forme de cirrhose hypertrophique du foie (Cirrhose hypertrophique avec ictère chronique). Thèse de Paris 1875.

[21]) MAGNIN BOCQUET: De la fièvre dans la tuberculose et principalement de la fièvre hectique. Paris 1896.

[22]) GEORGE BUDD: Die Krankheiten der Leber. Deutsch bearbeitet und mit Zusätzen versehen von E. H. HENOCH. Berlin 1846.

[23]) Index-Catalogue of the library of the Surgeon-General's Office. United States Army. Vol. VIII. Washington 1887, S. 234 237: Artcl. Liver (abscess of, complications and sequelæ of).

[24]) P. P. GASTOU: Du fois infectieux. Thèse de Paris 1893.

[25]) La semaine médicale. Onzième Année 1891.

[26]) ANTOINE CADÉAC: Contribution a l'étude de la cholecystite suppurée. Thèse de Paris 1891.

[27]) Revue de médecine. Douzième année 1892.

[28]) Verhandlungen des Xten Congresses für innere Medicin. Wiesbaden 1891.

[29]) RIEDEL: Erfahrungen über die Gallensteinkrankheit mit und ohne Icterus. Berlin 1892.

[30]) O. HEUBNER: »Ueber den Verlauf des Fiebers bei pyämischen Krankheiten» i: Archiv der Heilkunde, Bd IX 1868, S. 289—309.

[31]) NORBERT ORTNER: Zur Klinik der Cholelithiasis und der Gallenwege-Infektionen. Aus der II medicinischen Klinik der Universität Wien. Wien und Leipzig 1894.

[32]) R. SCHMITZ: »Intermittirende Fieber bei Gallensteinen» i: Berliner klinische Wochenschrift 1891, Nr 37.

[33]) S. JACCOUD: Leçons de clinique médicale faites a l'hôpital de la Pitié (1884—1885). Paris 1886.

[34]) CHARLES MURCHISON: Clinical lectures on diseases of the liver, jaundice and abdominal dropsy. London 1868.

[35]) M. A. CHAUFFARD: »Contribution a l'étude de l'ictère catharrhal» i: Revue de médecine. Cinquième année 1885, S. 9—22.

[36]) ARMAND SIREDAY: »Contribution à l'étude des altérations du foie dans les maladies infectieuses» i: Revue de médecine. Sixième année 1886, S. 465—485.

[37]) BOUCHARD: Leçons sur les autointoxications. Paris 1887.

[38]) Comptes rendus hebdomadaires des Séances et Mémoires de la Société de Biologie 1893. Tome V.

[39]) HANOT i: Archives générales de médecine 1893. Tome I.

[40]) BOUCHARD et CHARRIN: »Élévations thermiques et toxines» i: La semaine médicale. Douxième année 1892.

[41]) F. HENRIJEAN: »Recherches sur la pathogénie de la fièvre» i: Revue de médecine. Neuvième année 1889, S. 904—932.

[42]) E. MARAGLIANO: »Ueber den thermischen Cyclus der acuten Infectionskrankheiten» i: Berliner klin. Wochenschrift 1895, Nr 6, S. 113—117.

[43]) CHRISTIAN FENGER: Stones in the Common Duct and their Surgical Treatment. With Remarks on the Ball-valve Action of Floating Choledochus-stones. Extracted from The American Journal of the Medical Sciences. February and March 1896.

[44]) A. VULPIAN: Leçons sur l'appareil vaso-moteur (Physiologie et Pathologie) faites à la Faculté de Médecine de Paris, rédigées et publiées par le Dr. H. C. CARVILLE. Tome second. Paris 1875.

[45]) F. A. HOFFMANN: »Die Krankheiten der Bronchien» i NOTHNAGEL: Specielle Pathologie und Therapie, Bd XIII. III Theil. I Abtheilung. Wien 1896.

Stockholm, 1897. Kungl. Boktryckeriet.

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1897. N:r 15.

Klinische Studien über die Zahl der Weissen Zellen im menschlichen Blute.

Von

D:r E. G. M. BRUHN-FÅHRÆUS.

(Aus dem medicinischen Laboratorium des k. Seraphimlazareths.)

I. Historische Uebersicht.

Das Studium der wechselnden numerischen Verhältnisse der weissen Blutkörperchen bei verschiedenen physiologischen und pathologischen Zuständen hat ungefähr in der Mitte dieses Jahrhunderts seinen Anfang genommen. Die Angaben über dasselbe vor dieser Zeit sind noch ziemlich sparsam. Es ist klar, dass die bei der Leukämie und den hochgradigen leukocytotischen Zuständen schon makroskopisch wahrnehmbaren Blutveränderungen der Aufmerksamkeit der früheren Forscher nicht entgehen konnten. Hierfür sprechen verschiedene Angaben, die man in der älteren Litteratur findet. So trifft man hier und da Beschreibungen von Blut, welches durch seine weisse Farbe den Eindruck von Eiter machte.[1]) VELPEAU spricht (1824) von dem Uebertritt von Cancerzellen in das Blut, während ANDRAL mehrere Jahre später (1843) in einem Fall von Osteosarkom in dem Blute der rechten Hälfte des Herzens eine bedeutende Menge von Eiterkörperchen antraf. In der weitläufigen Beschreibung, die PIORRY von den Blutveränderungen bei Pneumonie, Gelenkrheumatismus u. a. krankhaften Zuständen gegeben hat, und in seinen Theorien von der Hæmitis können wir ebenfalls eine Andeutung von der bei inflammatorischen Processen oft vorkommenden Vermehrung der Anzahl der weissen Blutkörperchen finden. NASSE, der die weissen Blutkörperchen in einer besonders genauen Weise beschrieb,

[1]) VIDAL, De la leucocythémie splénique. Gaz. hebdomad. 1856. Cit. nach KOTTMANN.

lieferte auch ziemlich umfassende Angaben über ihre Vermehrung bei einer ganzen Menge von Zuständen, wie z. B. während der Gravidität, nach Mahlzeiten, nach grossem Blutverlust, bei Fieberzuständen u. s. w.

Viele der früheren Forscher sagen indessen nicht direct, dass die weissen Blutkörperchen bei der einen oder der anderen Gelegenheit vermehrt waren. Sie sprechen dagegen sehr oft von einer Einmischung von Eiter in das Blut oder von dem Vorkommen von Eiterkörperchen in ihm. Unter dieser Benennung finden wir die Leukocyten in FRORIEPS, GLUGES und THOMSONS Mittheilungen erwähnt. FRORIEP und GLUGE fanden Leukocyten in reichlicher Menge namentlich bei Puerperalfieber, THOMSON bei den »typhösen Krankheiten».

DONNÉ sprach sich indessen mit Bestimmtheit gegen einen Unterschied zwischen den weissen Blutkörperchen und den Eiterkörperchen aus. Sie seien nur verschiedene Entwickelungsstadien einer und derselben Zellenform.

In derselben Richtung äusserte sich auch VIRCHOW. Mit CRAIGIE und BENNET theilt er zwar die Ehre der Entdeckung der Leukämie, er war aber gleichwohl der erste, der das Wesen dieser Krankheit richtig beurtheilte, indem er mit Bestimmtheit hervorhob, dass es sich hier nicht, wie CRAIGIE und BENNET glaubten, um eine Verunreinigung des Blutes durch Eiter, sondern nur um eine Vermehrung der schon vorher im Blute befindlichen weissen Blutkörperchen handelt.

Bei den meisten der früheren Autoren findet man keine Zahlenangaben in Betreff der weissen Blutkörperchen. Dieselben haben nur mit allgemeinen Worten erwähnt, dass diese Blutkörperchen bei verschiedenen Gelegenheiten mehr oder weniger vermehrt waren. Nach SÖRENSEN ist WAGNER (1838) der erste gewesen, der er versucht hat, das Verhältniss zwischen der Anzahl der rothen und der weissen Blutkörperchen mit bestimmten Zahlen anzugeben, und so lange man einer Methode ermangelte, um die Anzahl der corpusculären Elemente in einer bestimmten Blutmenge direct zu bestimmen, musste man sich mit relativen Zahlen begnügen. Erst in den fünfziger Jahren scheint diese Weise, die Wechselungen in der Anzahl der weissen Blutkörperchen mit exacten Zahlen anzugeben, mehr allgemein geworden zu sein. Aus dieser Zeit stammen ziemlich zahlreiche Untersuchungen von MOLESCHOTT, HIRT, MARFELS, DE PURY u. a. Es war namentlich die Einwirkung der Mahlzeiten und gewisser

Heilmittel auf die Anzahl der weissen Blutkörperchen, die Gegenstand der Forschungen wurde. Doch finden sich aus dieser Zeit auch Angaben über die Anzahl der weissen Blutkörperchen bei verschiedenen Krankheiten, z. B. bei der Leukämie (HIRT, DE PURY u. a.), der Intermittens (DE PURY, LORANGE), bei Icterus catarrhalis und Abdominaltyphus (DE PURY).

Bei allen diesen Zählungen wurde nur das Verhältniss der weissen Blutkörperchen zu den rothen bestimmt, und das Blut wurde von einigen Forschern (MARFELS) unverdünnt, von anderen mit verschiedenen Substanzen (Eiweiss, Glaubersalzlösung u. s. w.) untermischt untersucht. Um einigermassen sichere Resultate zu erhalten, mussten von jedem Präparat eine Masse Gesichtsfelder untersucht und eine bedeutende Menge Blutkörperchen gezählt werden.

Im Jahre 1852 hatte indessen schon VIERORDT[1]) eine Methode angegeben, nach welcher die Anzahl der Blutkörperchen in einer bestimmten Blutmenge bestimmt werden konnte, und ein paar Jahre später (1854) modificirte WELCKER[2]) diese Methode für die Zählung der weissen Blutkörperchen.

In einer bestimmten, gemessenen Blutmenge, die in langen, hinreichend schmalen Streifen, um mit dem Mikroskop übersehen werden zu können, auf einem Objectglas ausgebreitet und getrocknet wurde, zählte WELCKER, nachdem er die rothen Blutkörperchen durch Verdünnung des Blutes mit Wasser zerstört hatte, sämmtliche Leukocyten nach der von VIERORDT angegebenen Methode. Diese Methode, die weissen Blutkörperchen zu zählen, eignete sich indessen, wegen ihrer Umständlichkeit und der langen Zeit, die für die Bestimmung erforderlich war, wenig für den klinischen Gebrauch, und umfassendere Leukocytenzählungen scheinen auch nicht mit ihr ausgeführt worden zu sein.

Erst als MALASSEZ im Jahre 1872 seine Methode veröffentlichte, die später von HAYEM und NACHET verbessert wurde, bekam der Kliniker einen Apparat in die Hand, der nicht nur für die Bestimmung der rothen, sondern auch der weissen Blutkörperchen anwendbar war. Das Princip für diese Methode, Verdünnung des Blutes mit einer gewissen Menge Conservirungs-

---

[1]) VIERORDT, Neue Methode der quantitativen mikroskopischen Analyse des Blutes. Arch. f. physiolog. Heilkunde, B. XI.

[2]) WELCKER, Blutkörperzählung und farbprüfende Methode. Prager Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde, B. IV.

flüssigkeit und Zählung der Blutkörperchen in einem bestimmten, bekannten Volumen dieser Mischung, diente allen folgenden Constructeuren von Apparaten zur Blutkörperchenzählung als Richtschnur. Ich lasse hier die nähere Beschreibung dieser Methoden bei Seite und verweise in dieser Hinsicht auf die Originalaufsätze der genannten Autoren. Eine ganze Menge Leukocytenzählungen älteren Datums sind mit dem ursprünglichen Malassez'schen Apparat ausgeführt (von SÖRENSEN u. a.), und derselbe dürfte wohl in seiner neuesten und meist vervollkommneten Form der in Frankreich allgemein angewendete Blutkörperchenzählapparat sein. In England wurde die Methode von GOWERS etwas modificirt, und in Deutschland verstand es THOMA, bei der Construction seines Apparates, der unter dem Namen der Thoma-Zeiss'sche Apparat der bei uns allgemein angewendete sein dürfte, die verschiedenen Verbesserungen in einer glücklichen Weise zu combiniren.

Für die Zählung der weissen Blutkörperchen hat schliesslich THOMA eine besondere Methode, die sogenannte Essigsäuremethode angegeben, mit deren Hilfe die meisten der in den letzteren Jahren bewerkstelligten Untersuchungen der numerischen Wechselungen der weissen Blutkörperchen in gesundem und in krankem Blute ausgeführt worden sind. In Folgendem werde ich Gelegenheit erhalten näher über diese Methode zu berichten.

In demselben Verhältniss, in welchem die Methoden der Bestimmung der Anzahl der weissen Blutkörperchen entwickelt und vervollkommnet wurden, so dass ihre Anwendung bei der klinischen Forschung möglich war, wurde auch das Studium auf diesem Gebiete lebhafter. Mächtig trug jedoch hierzu die Aufmerksamkeit bei, welche VIRCHOW dem Gegenstande widmete. Man hat gesagt, und dies nicht ohne Grund, dass er es war, der den weissen Blutkörperchen einen Platz in der Pathologie verschafft hat. Seine Studien der Leukämie veranlassten ihn natürlich, auch den weniger hochgradigen Veränderungen in der Anzahl der weissen Blutkörperchen, die bei einem Theil anderer pathologischer Zustände und bei physiologischen Verhältnissen vorkommen, eine besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Es ist zum grossen Theil VIRCHOW's Verdienst, dass Klarheit und Ordnung in das weitläufige Kapitel von der Leukocytose gebracht worden ist. Bei VIRCHOW finden wir diesen Terminus zum ersten Male angewandt, und er war es, der zuerst

zwischen den grossen Hauptabtheilungen: der physiologischen und der pathologischen Leukocytose, unterschied.

Einer der ersten, der mit den neuen Zählmethoden umfassendere Untersuchungen über die Anzahl der weissen Blutkörperchen ausführte, war SÖRENSEN (1876). Er untersuchte nicht nur den Einfluss der Mahlzeiten auf sie, sondern er führte auch eine Menge Zählungen derselben bei verschiedenen Krankheiten, z. B. bei Pneumonie, Rheumatismus art., Meningitis, Pleuritis, Abdominaltyphus u. s. w. aus. Der Umstand, dass seine Arbeit in dänischer Sprache veröffentlicht ist, darf wohl als die Ursache angesehen werden, dass seine wirklich sehr umfassenden und weitläufigen Untersuchungen so wenig bekannt und in der ausländischen Litteratur nur verhältnissmässig selten erwähnt sind.

In den siebziger Jahren scheinen übrigens die meisten Untersuchungen von französischen Forschern, unter denen hier besonders HAYEM, MALASSEZ, BOUCHUT und DUBRISAY sowie PATRIGEON erwähnt werden mögen, ausgeführt worden zu sein. Der letztgenannte Forscher fasste die Resultate, welche die Untersuchungen von MALASSEZ und verschiedenen anderen Forschern über das Vorkommen der Leukocytose bei verschiedenen, mit Abscessbildung verlaufenden Processen gegeben haben, in folgender Weise zusammen: »Bei jeder Eiterbildung ist die Anzahl der weissen Blutkörperchen vermehrt und grösser, als nach der Öffnung des Abscesses. Die normalen Verhältnisse treten erst ein, wenn der Eiterbildungsprocess beinahe verlaufen ist.»

Eine lebhafte Thätigkeit auf dem Gebiete der klinischen Hämatologie wurde in den achtziger Jahren entwickelt. Namentlich wurde durch HALLA's und TUMAS' Untersuchungen die Aufmerksamkeit auf die Blutveränderungen bei der Pneumonie und dem Abdominaltyphus gelenkt.

v. LIMBECK's im Jahre 1890 unter dem Titel: »Klinisches und Experimentelles über die entzündliche Leukocytose» erschienene Abhandlung ist in mehr als einer Hinsicht einer besonderen Erwähnung werth. Er bestätigt hier HALLA's und TUMAS' Angaben über das Verhalten der Leukocytose bei Pneumonie und Abdominaltyphus, doch umfassens eine Untersuchungen auch eine ganze Menge andere mit Entzündungsprocessen verlaufende Krankheiten, wie Pleuritis, Peritonitis, Erysipelas u. s. w., und er weist auch darauf hin, dass die Konstatirung einer Leuko-

cytose von differentialdiagnostischem Werthe sein konnte, wenn es galt, den Abdominaltyphus von verschiedenen andern, mit Exsudationsprocessen und hohem Fieber verlaufenden Infectionskrankheiten zu unterscheiden. Durch Injectionen von Bouillonculturen verschiedener Bacterien gelang es ihm auch, bei seinen Versuchtsthieren mehr oder weniger hochgradige Vermehrungen der Anzahl der Leukocyten im Blute hervorzurufen. Er gelangte durch seine klinischen und experimentellen Untersuchungen zu dem Schlusse, dass die Leukocytose dadurch zu Stande kommt, dass die in den Organismus eingedrungenen Mikroorganismen oder ihre Producte auf die weissen Blutkörperchen eine Fernwirkung ausüben und sie in Massen in den Kreislauf hinaustreiben. In dieser Erklärung der Leukocytose spielt die Lehre von der Chemotaxis eine wichtige Rolle.

Schon im Jahre 1888 hatte LEBER die Ansicht ausgesprochen, dass die Anhäufung von Leukocyten, die man in inflammatorischen Herden in der Cornea beobachtet hatte, mit der von PFEFFER als Chemotaxis bezeichneten attractiven Wirkung analog sei, die gewisse Stoffe in Lösung auf einen Theil niedere Organismen ausüben. Der directe Beweis dafür, dass die Leukocyten den Gesetzen für die Chemotaxis unterworfen sind, wurde von PEKELHARING, MASSART und BORDET erbracht. Es ist klar, dass diese Ergebnisse zu weiteren Forschungen über die Genesis der Leukocytose anregen mussten. Die letzteren Jahre zählen auch eine bedeutende Menge von Untersuchungen über diesen Gegenstand. Von den Autoren auf diesem Gebiete will ich hier nur RÖMER, BUCHNER, SCHULZ, LÖWIT, GOLDSCHEIDER und JACOB nennen. Ich kann hier nicht näher auf die verschiedenen Theorien eingehen, die von ihnen aufgestellt worden sind, da ich Gelegenheit erhalten werde, auf diese Sache zurückzukommen.

Auch auf dem klinischen Gebiete ist die Thätigkeit in den letzteren Jahren sehr lebhaft gewesen. Die eine grosse Monographie nach der andern, theils den Gegenstand in seiner Ganzheit behandelnd, theils sich mit der Leukocytose bei einer besonderen Krankheit beschäftigend, hat von Zeit zu Zeit das Tageslicht gesehen. In dem Folgenden erhalte ich reichlich Gelegenheit, die klinischen Forschungen auf dem ausgedehnten Gebiete der Leukocytose in den letzten Jahren zu behandeln, weshalb ich hier über sie hinweggehe.

Bei einer Sache muss ich mich indessen, ehe ich dieses Kapitel verlasse, um weiter zu gehen, etwas aufhalten.

Für das Studium der Leukocytose ist nicht nur die absolute Anzahl der weissen Blutkörperchen von Gewicht und Bedeutung, sondern man muss auch die verschiedenen Formen in Betracht ziehen, in denen sie auftreten. Durch die sogenannte Trockenmethode, deren Einführung in die klinische Diagnostik hauptsächlich EHRLICH's Werk ist, sind wir in die Lage gekommen, die Morphologie der weissen Blutkörperchen bei verschiedenen krankhaften Zuständen näher studiren zu können. Nicht nur die Kernformen können bei Anwendung dieser Trockenmethode ein Gegenstand des Studiums werden. EHRLICH zielte höher, als er, unter Anwendung dieser Methode, seine Lehre von den specifischen Granulationen aufstellte. Unter granulirten Zellen verstand er solche, in denen sich schon im Leben Substanzen in körniger Form eingelagert finden, die sich chemisch von den normalen Eiweisskörpern der Zelle unterscheiden.

Es scheint, als ob ALTMANN, unabhängig von EHRLICH, obschon mehrere Jahre später, ebenfalls in den lebenden Zellen das Vorkommen von Granulationen, die sich durch eine charakteristische Farbenreaction von den übrigen Bestandtheilen der Zelle unterscheiden, nachgewiesen hat.

Was die Bedeutung dieser Granula betrifft, so haben sich verschiedene Ansichten geltend gemacht. EHRLICH selbst betrachtet sie als Secretionsproducte, entstanden durch die metabolische Thätigkeit der Zelle, während ihnen ALTMANN wichtige Lebensfunctionen zuschreibt. Er sagt nämlich: »so vermögen sie durch Sauerstoffübertragung sowohl Reduction, wie Oxydation auszuführen und auf diese Weise die Spaltungen und Synthesen des Körpers zu erwirken». Ich erhalte im Folgenden Gelegenheit, näher über EHRLICH's Eintheilung der Granulationen zu berichten.

EHRLICH's Hoffnung, durch diese verschiedenen Granulationen zwischen myelogenen und lienalen Leukocyten unterscheiden zu können, ist, wie er selbst zugesteht, nicht in Erfüllung gegangen. Die klinische Bedeutung einer der wichtigsten Granulationen, der eosinophilen, ist von mehreren Forschern stark in Zweifel gezogen worden. Es dürfte wohl indessen noch zu früh sein, ein endgültiges Urtheil über die EHRLICH'sche Tinctionsmethode und ihre Bedeutung für die klinische Forschung abzugeben. Eins steht indessen fest, nämlich dass sie zu

einer Menge von Untersuchungen auf dem Gebiete der Pathologie des Blutes Anlass gegeben hat, die ihrer Zeit gewiss fruchtbringend für die Wissenschaft wirken werden.

II. Die Morphologie und Entwicklung der im Blute vorkommenden Leukocyten.

Der Formenreichthum der Leukocyten hat schon lange die Aufmerksamkeit der Forscher auf sich gezogen. Während derselbe aber einigen Forschern Anlass zu Ausdrücken wie den folgenden giebt: »die Leukocyten sind eine sehr vermischte Gesellschaft», oder: »sie sind eine Art Omnibus, in welcher alles fährt», haben Andere, um einen besseren Ueberblick über die Leukocytenformen zu erhalten, verschiedene Eintheilungen derselben in Vorschlag gebracht.

Nach dem Orte ihrer Entstehung haben VIRCHOW und später auch EHRLICH und ein Schüler desselben, EINHORN, die im Blute vorkommenden Leukocyten zu trennen versucht. Die Eintheilung VIRCHOW's beschränkt sich aber nur auf die einkernigen Leukocyten, von welchen er die kleinen von den Lymphdrüsen, die grösseren von der Milz herstammen lässt. Als ein späteres Entwicklungsstadium werden von ihm die mehrkernigen Leukocyten aufgefasst.

EINHORN theilte die Leukocyten in drei Gruppen ein:

I. Lymphogen:
   a) kleine Lymphocyten,
   b) grosse Lymphocyten.

II. Myelogen:
   Eosinophile.

III. Unbestimmt (Milz, Knochenmark):
   a) grosse Mononucleäre,
   b) Uebergangsformen,
   c) Polynucleäre.

Nach dem mikrochemischen Verhalten der im Zellprotoplasma befindlichen Körnchenbildungen zu gewissen Tinctionsmitteln hat EHRLICH, der Gründer der sogenannten Farbenanalyse, eine neue Eintheilung gemacht. Er hat dabei 7 verschiedene specifische Körnungen aufgestellt, die er als α-, β- et

cet. Körnungen bezeichnet. Nach EHRLICH soll eine Zelle nie zwei verschiedene Körnungen einschliessen; die jüngsten mononucleären Zellen sind körnchenfrei. Die im Menschenblute vorkommenden, granulirten Zellen sind:

1. Eosinophile Zellen, grobgranulirte Zellen, deren Granulationen (α-Granulationen) durch ihre Verwandschaft zu den sauren [1]) Theerfarbstoffen ausgezeichnet sind.

2. Zellen mit Mastzellkörnungen (γ-Granulationen), welche grobgranulirt und basophil sind.

3. Zellen mit δ-Granulationen, ebenfalls basophil, aber feingranulirt und meist einkernig.

4. Zellen mit ε-Granulationen, die neutrophil sind and die die häufigste Form von Körnungen bilden.

Von diesen Granulationen haben nur die neutrophilen und eosinophilen eine grössere klinische Bedeutung erworben; die übrigen (γ- und δ-Granulationen) sollen nach den Angaben der meisten Autoren niemals im normalen oder leukocytotischen Blute vorkommen.

Hat nun EHRLICH anfangs die Leukocyten mittelst seiner farbenanalytischen Methode nach dem Orte ihrer Entstehung einzutheilen versucht, so ist anderseits, nach LÖWIT u. a., ein solches Eintheilungsprincip als undurchführbar anzusehen. Wie bereits erwähnt ist, hat auch EHRLICH dieses schon zugegeben (Charité-Annalen Bd XII, S. 291).

In den letzten Jahren sind von vielen Seiten, namentlich in England, Einwendungen gegen die Leukocytengruppirung EHRLICH's gemacht worden. Wenn man auch die grosse Bedeutung der Entdeckung EHRLICH's von der elektiven Affinität gewisser Bestandtheile des Zellprotoplasma zu gewissen Farben anerkennt, hat man doch geläugnet, dass alle die von EHRLICH angegebenen Klassen von Granulationen in farbenanalytischer Meinung von einander getrennt sind. Dieses gilt namentlich von den neutrophilen Körnungen. In einer Abhandlung »Wandering cells of Mammalia» haben KANTHACK und HARDY zu zeigen versucht, dass die neutrophilen Granulationen eigentlich acidophil, wenn auch nicht so intensiv, wie die eosinophilen sind. Es sei eigent-

---

[1]) EHRLICH nennt solche Farbstoffe sauer, in denen das färbende Princip eine Säure ist (Ex. pikrinsaures Ammon). In den basischen Farbstoffen ist mithin eine Base das färbende Princip (Ex. essigsaures Rosanilin). Durch Zusammentritt einer Farbbase mit einer Farbsäure entstehen die neutralen Farbstoffe (Ex. pikrinsaures Rosanilin).

lich ein analoger Unterschied zwischen den acidophilen und neutrophilen Granulationen einerseits und den γ- und δ-Granulationen anderseits vorhanden. Die Grösse der Körnchenbildungen sei massgebend. Die Leukocytengruppirung KANTHACK's und HARDY's ist folgende:

I. Oxyphile cells
- a) Coarsley granular oxyphile cells (eosinophile Zellen, EHRLICH).
- b) Finely granular oxyphile cells (neutrophile Zellen, EHRLICH).

II. Basophile cells
- a) Coarsley granular basophile cells (zellen mit γ-Granulationen (Mastzellen) EHRLICH).
- b) Finely granular basophile cells (zellen mit δ-Granulationen, EHRLICH).

III. Non-granular-cells; Hyaline cells.

IV. Immature cells; Lymphocytes.

Diese Eintheilung ist von SHERRINGTON, GULLAND (Granular leukocytes, The journal of physiology, Bd 19, 1895—96) und BUCHANAN (Leukæmia et cet. The journal of Pathology and Bacteriology, vol. 4, N:o II, dec. 1896) angenommen worden.

Mit der Kernform als Grundlage, hat LÖWIT die im circulirenden Blute vorkommenden Leukocyten wie folgt eingetheilt.

1. Kleine Zellen mit einem kleinen Kerne.
2. Grosse Zellen mit einem grossen Kerne.
3. Zellen mit einfach oder mehrfach eingebuchtetem (gelapptem) Kerne.
4. Mehrkernige Zellen.
5. Zellen mit zwei (oder mehreren) voll entwickelten oder in der Entwicklung begriffenen Kernen (zweikernige regenerative Formen).

Die Einfachheit und Zweckmässigkeit der Klassifikation HAYEM's ist einleuchtend. Derselbe theilt, mit der Beschaffenheit des Zellprotoplasma als Eintheilungsprincip, die weissen Blutkörperchen in 3 Klassen ein:

1. Kleine Zellen mit grossem Kerne, deren Protoplasma in Form eines dünnen Mantels den Kern umgiebt und nicht kontraktil ist.
2. Zellen mit kontraktilem, körnigem Protoplasma, die stark lichtbrechend sind und die die eigentlichen weissen Blutkörperchen darstellen.

3. Zellen von derselben Beschaffenheit wie die vorigen, deren Protoplasma aber glänzende schwärzliche Körnchen einschliesst.

Alle die übrigen Eintheilungsschemata, die von verschiedenen Autoren (MAX SCHULTZE [1]), RENAUT, USKOW, METSCHNIKOFF u. a.) von Zeit zu Zeit aufgestellt worden sind, will ich hier nicht näher berücksichtigen, sondern ich gehe jetzt zu der Klassifikation über, die viele Autoren, die sich mit klinischen Studien der Leukocyten beschäftigt, mit Vorliebe angewandt haben. Nach dieser Eintheilung, die sowohl die Beschaffenheit des Zellkernes, wie die Farbenanalyse berücksichtigt, kann man drei Klassen [2]) von Leukocyten unterscheiden:

1. Mononucleäre Leukocyten (grosse und kleine sogenannte Lymphocyten und einkernige, die nicht zu der nächsten Klasse gehören).

2. Zellen mit einfach oder mehrfach eingebuchtetem Kerne (polymorphkernige) und sogenannte mehrkernige (polynucleäre) Zellen.

3. Eosinophile Zellen.

Da ich mich bei meinen Untersuchungen selbst dieser Eintheilung bedient habe, ist es nothwendig, sie etwas näher zu erörtern. Wie aus dem Schema hervorgeht, umfasst die erste Gruppe 3 verschiedene Leukocytenformen:

1) die sogenannten kleinen Lymphocyten, Zellen von ungefähr derselben Grösse wie die rothen Blutkörperchen und einen die Zelle zum grössten Theil erfüllenden Kern enthaltend. Das Protoplasma ist zu einer dünnen, oft nicht wahrnehmbaren Hülle reducirt, die den Kern umgiebt.

2) grosse Lymphocyten, Zellen von ungefähr derselben Beschaffenheit wie die vorigen, doch etwas grösser und mit einem deutlichen, den Zellenkern umgebenden Protoplasmarand versehen.

---

[1]) Die älteste Eintheilung der Leukocyten ist nicht, wie RIEDER behauptet, von MAX SCHULTZE aufgestellt worden (Arch. f. Mikr. Anatom. Bd I, 1865). Schon 1846 hatte WHARTON JONES (Phil. Trans. Cit. nach KANTHACK und HARDY) die verschiedenen Leukocytenformen zu klassificieren versucht.

[2]) Es wäre natürlich am correctesten, die Leukocyten zuerst in zwei Hauptabtheilungen, mit der Kernform als Eintheilungsprincip, zu trennen und nachher die zweite Klasse in zwei Kategorien: eosinophile und nicht eosinophile (neutrophile) Zellen einzutheilen. Der Einfachheit halber haben sich indessen die meisten Autoren des obigen, beim ersten Anblicke weniger logisch erscheinenden Schemas bedient.

3) Zellen, die bedeutend grösser als die vorigen sind und einen länglichrunden, von einer breiten Protoplasmazone umgebenen Kern enthalten. Diese Zellen gehen oft unter der Benennung grosse mononucleäre Leukocyten.

Die zweite Gruppe umfasst Zellen, welche dieselbe oder eine etwas geringere Grösse als die letztvorhergehenden haben. Sie sind ebenfalls mit einer reichlichen Protoplasmaschicht versehen. Der Kern ist von sehr wechselnder Gestalt. Bei einem Theil dieser Zellen (den sogenannten mononucleären Uebergangsformen) finden wir eine einfache Einbuchtung desselben, während er bei anderen die Form der verschiedensten Figuren (Y, Z, V) angenommen hat, weshalb diese Zellen als polymorphkernig bezeichnet worden sind. Bei einer dritten Kategorie dieser Gruppe, der polynucleären, hat sich der Kern in mehrere Kerne getheilt, und das eine oder andere Mal hat man Gelegenheit, bei solchen Zellen schmale Brücken, ein Kernfragment mit einem andern verbinden zu sehen. Die zu dieser zweiten Hauptgruppe gehörenden Leukocyten bilden die Mehrzahl der im Blute vorkommenden weissen Blutkörperchen. In dem Protoplasma dieser Zellen hat EHRLICH das Vorkommen der sogenannten neutrophilen (ε-) Granulationen nachgewiesen.

Die letzte Gruppe umfasst die eosinophilen Zellen, die beinahe immer polymorphkernig oder polynucleär sind und sich schon im frischen Zustande durch die grobgranulirte Beschaffenheit des Protoplasma auszeichnen.

In der hämatologischen Litteratur haben diese Zellen in den letzten Jahren eine sehr grosse Aufmerksamkeit geweckt. Indessen haben sich in Betreff ihrer diagnostischen und prognostischen Bedeutung streitige Ansichten geltend gemacht. Während ihnen in diesen Hinsichten einige Autoren, und unter diesen dürfte wohl NEUSSER am weitesten gegangen sein, eine grosse Bedeutung beimessen, haben andere, wie MARAGLIANO und JANOWSKY, ihre klinische Bedeutung beinahe ganz und gar verneinen wollen. Bei der Besprechung der verschiedenen Krankheiten erhalte ich Gelegenheit, näher über die Angaben anderer Autoren über das Vorkommen der eosinophilen Zellen im Blute zu berichten, weshalb ich hier an dieser Frage vorüber gehe. Die ausführlichste Darstellung, welche wir von diesem Gegenstand besitzen, dürfte wohl ZAPPERT's sein (Ueber das Vorkommen der eosinophilen Zellen im menschlichen Blute. Zeitschr. f. klin. Med., 1893, B. 23, Heft 3 u. 4.)

Nach den übereinstimmenden Angaben der meisten Forscher sind die eosinophilen Körnchenbildungen ihrer chemischen Natur nach Eiweisskörperchen (EHRLICH, WEISS, POSNER, KOSSEL). BARKER's Angabe; dass sie Eisen enthalten, dürfte eine Bestätigung erfordern.

In der letzterwähnten Klassifikation sind nur die in normalem oder leukocytotischem Menschenblute befindlichen Leukocytenarten berücksichtigt. Nun ist aber durch die Untersuchungen von FR. MOSLER, H. F. MÜLLER, P. EHRLICH und v. a. dargethan worden, dass man bei Leukämie verschiedene andere Arten von Leukocyten im Blute antrifft. Solche Leukocyten sind die sogenannten Markzellen (Medullocells ROBIN's, Cellules médullaires CORNIL's), welche zuerst von MOSLER näher berücksichtigt wurden. Dieselben sind mononucleäre, ziemlich protoplasmareiche Gebilde und bedeutend grösser als die in normalem Blute vorkommenden Leukocyten. Ihr Kern, der gewöhnlich als »gross und plump» beschrieben wird, ist mit Lücken und Poren versehen. In solchen Zellen konnte H. F. MÜLLER Kerntheilungsfiguren (Mitosen) nachweisen. Nach übereinstimmenden Angaben vieler Autoren (MOSLER, v. LIMBECK, RIEDER, EHRLICH u. a.) sind diese Zellen mit Knochenmarkzellen identisch. EHRLICH fand in ihnen neutrophile Körnchenbildungen und hält sie für »das feinste und sicherste Reagens einer auf leukämischer Basis beruhenden Myelämie».

GRAWITZ lenkt die Aufmerksamkeit auf eine andere Form farbloser Zellen, die er oft im Blute leukämischer Patienten fand. Diese Zellen sind von verschiedener Grösse, zumeist den grossen Lymphocyten ähnlich, von denen sie sich jedoch durch die Chromatinarmuth des Kernes unterscheiden. Uebrigens kommen im leukämischen Blute abnorm grosse und kleine eosinophile Zellen vor.

Die Untersuchungen von HAYEM, FLEMMING, BIZOZZERO, NEUMANN u. a. haben über die Bildung der weissen Blutkörperchen viel Licht verbreitet. Noch warten indessen viele dunkle Fragen auf ihre Lösung. Ob die rothen und die weissen Blutkörperchen eine gemeinschaftliche Ausgangsform haben (FLEMMING), oder ob sie sich schon von Anfang an aus zwei verschiedenen Vorstufen: Leukoblasten und Erythroblasten (LÖWIT) entwickeln, ist noch von den verschiedenen Autoren, die sich mit dem Studium dieser Sache beschäftigen, umstritten. Auf diese Frage können wir hier nicht näher eingehen. Dieselbe

liegt ja ausser dem Rahmen dieser Arbeit. Eine andere Frage wollen wir indessen etwas berücksichtigen: in welchen Formen werden die Leukocyten von den blutbereitenden Organen abgesondert, und welche weitere Schicksale warten ihrer im circulirenden Blute?

Durch die in den letzten Jahren ausgeführten Untersuchungen ist man zu der Einsicht gelangt, dass sowohl die Milz und die Lymphdrüsen, wie auch das Knochenmark zu der Bildung der weissen Blutkörperchen beitragen. In der Form einkerniger, ziemlich protoplasmaarmer Zellen werden sie von diesen Organen dem Blute zugeführt. Für diese Auffassung spricht theils der Umstand, dass im Ductus thoracicus beinahe nur einkernige Zellen vorkommen (Muir u. a.), theils Löwit's und Muir's Angabe, dass das Blut in den Venen des Knochenmarkes und der Milz reicher an mononucleären Leukocyten als das Arterienblut ist. Nach einer nunmehr allgemein angenommenen Ansicht (Ehrlich, Löwit, Rieder, von Limbeck, Gulland, Muir u. a.) bilden die Lymphocyten so zu sagen »das Rohmaterial» für alle übrigen Leukocytenformen, die unter normalen Verhältnissen und bei der Leukocytose vorkommen. Sie erleiden in dem circulirenden Blute bald eine Reihe Veränderungen, die theils den Kern, theils das Protoplasma treffen, wodurch die beschriebenen verschiedenen Arten von Leukocyten, die polymorphkernigen und die polynucleären mit neutrophiler Kernbildung und kontraktilem Protoplasma, gebildet werden. Löwit fasst die mehrkernigen Leukocyten als degenerative Formen auf. Er sagt gleichwohl: »Mit der Bezeichnung 'degenerative Kerntheilung' soll aber durchaus nicht ausgedrückt sein, dass sich an diesen Vorgang der Kernzerschnürung ein sofortiger Zerfall der Zelle anschliessen müsse, vielmehr möchte ich darunter nur verstanden wissen, dass die mehrkernigen Leukocyten einer regenerativen Theilung nicht mehr fähig sein.» Was übrigens die Auffassung von diesem Kerntheilungsprocess anlangt, so scheinen die Ansichten sehr getheilt zu sein.

Die eosinophilen Zellen sind von vielen Autoren als die Repräsentanten eines letzten Entwickelungsstadiums der polynucleären Leukocyten betrachtet worden. Schon Max Schultze glaubte gefunden zu haben, dass die grobgranulirten Leukocyten, die ja im allgemeinen als mit den eosinophilen identisch betrachtet werden, sich aus den feingranulirten entwickeln, und dass auch Ehrlich sich dieser Ansicht zuzuneigen scheint, geht

aus folgenden Worten (Methodologische Beiträge zur Physiologie und Pathologie der verschiedenen Formen der Leukocyten, Zeitschr. f. klin. Med., B. I, H. 3) hervor: »Auch das Protoplasma geht bei der eben beschriebenen 'Reifung' Veränderungen ein, die sich im Leben in einer erhöhten Kontraktilität, im Tode durch ein höheres Tinctionsvermögen für Eosin markiren.» H. F. MÜLLER und ZAPPERT äussern sich mehr bestimmt zu Gunsten dieser Ansicht. ZAPPERT giebt jedoch zu, dass nicht alle polynucleären Zellen in das eosinophile Stadium übergehen; alle eosinophilen Zellen dagegen haben bei ihrer Entwickelung ein neutrophiles Stadium passirt.

Die letzten in der Litteratur betreffs dieser Sache vorkommenden Angaben scheinen vollständig mit ZAPPERT's Ansicht übereinzustimmen (HARMSEN, 1894, GULLAND, 1895). Ein ziemlich guter Beweis scheint mir von HARMSEN erbracht zu sein, welcher fand, dass sich die neutrophilen polymorphkernigen Leukocyten bei einer stagnirenden Hämatothorax im Verlaufe der Krankheit in eosinophile Zellen umwandeln.

Das Vorkommen von Uebergangsformen zwischen den gewöhnlichen neutrophilen polynucleären und den eosinophilen Leukocyten im Blute, welche Uebergangsformen wohl von keinem, der sich mit der Färbung von Blutpräparaten etwas gründlicher beschäftigt hat, haben übersehen werden können, dürfte ebenfalls für ZAPPERT's u. a. Ansicht von dem Ursprung der eosinophilen Zellen sprechen.

Ein Theil der bei der Leukämie vorkommenden eosinophilen Zellen soll nach H. F. MÜLLER u. a. direct aus dem Knochenmark herstammen.

Dass die weissen Blutkörperchen in der Blutmasse schliesslich ihrem Untergang entgegengehen, ist wohl anzunehmen. Hierfür spricht das Vorkommen der kern- und farblosen Bildungen, auf welche LATSCHENBERGER neuerdings die Aufmerksamkeit gelenkt hat. Derselbe hat dem physiologischen Schicksal, das die Zellenelemente im Blute trifft, ein näheres Studium gewidmet und glaubt, dass ihr Endstadium (»Pigmentschollen», »gemischte Schollen», »farblose Schollen») schliesslich durch die Milz und das rothe Knochenmark abfiltrirt wird, um dort zur Bildung neuer Blutkörperchen zu dienen.

III. Methoden, angewandt für die Bestimmung der Zahl und der morphologischen Beschaffenheit der Leukocyten.

Bekanntlich ist von mehreren Seiten behauptet worden, dass bei den gewöhnlichen Zählungen der weissen Blutkörperchen nur ein Theil derselben angetroffen wird. Die Leukocyten sind sehr hinfällige Elemente, und beim Verlassen der Blutgefässe geht ein grosser Theil derselben unter. ALEXANDER SCHMIDT, der bei der Erforschung der Blutgerinnung zu dieser Ansicht gekommen ist, sagt: »Ich begnüge mich fürs Erste damit zu sagen, dass ein beträchtlicher Theil der farblosen Blutkörperchen *vor* der Gerinnung des Blutes zu Grunde geht.» Diese seine Ansicht von der Gebrechlichkeit der weissen Zellen ist nachher von seinen Schülern acceptirt worden und geht wie ein rother Faden durch viele der Abhandlungen und Dissertationen, die von der Dorpater Schule ausgegangen sind. Auch COHNHEIM und in der letzten Zeit LÖWIT scheinen von der Hinfälligkeit der weissen Blutkörperchen überzeugt zu sein.

Anderseits vermisst man aber nicht Anhänger einer entgegengesetzten Ansicht, zufolge welcher die weissen Blutkörperchen sehr resistente Bildungen darstellen. Als Vertreter dieser Ansicht will ich unter vielen anderen nur JOHANNES MÜLLER, »den Gründer der wissenschaftlichen Mikroskopie des Blutes», GRÆBER und RIEDER erwähnen.

Beim Studium dieser Frage kann man dieselbe zweckmässig in zwei verschiedene eintheilen:

1) tritt in demselben Augenblick, wo das Blut das Gefäss verlässt, ein schneller Untergang eines grossen Theils der Leukocyten ein?

2) kann man annehmen, dass bei der Ausführung der Manipulationen, von dem Augenblick gerechnet, wo der Bluttropfen sich an der Einstichstelle zeigt (ergo nach seinem Verlassen der Gefässe), bis zu der Zählung ein Zerfallen der weissen Blutkörperchen stattfindet?

Eine entschiedene Antwort auf die erste Frage lässt sich jetzt, wo der Einfluss der lebenden Gefässwand auf das Blut noch in so grosse Dunkelheit gehüllt ist, nicht geben.

Was die Beantwortung der letzten Frage angeht, so ist es ja eine allbekannte, von vielen Forschern bestätigte Thatsache, dass man Leukocyten Stundenlang unter dem Mikroskope beob-

achten kann, ohne im Stande zu sein, ein Zeichen ihres Zerfalls wahrzunehmen. GRÆBER sagt bei Besprechung dieser Frage: »Immer machten die Zellen einen wohlerhaltenen Eindruck zu einer Zeit, wo die meisten rothen Blutkörperchen zerstört waren». Um die Einwirkung der Luft auf die weissen Zellen auszuschliessen, liess dieser Forscher den Bluttropfen direct in eine Conservirungsflüssigkeit austreten. Die Zählung der weissen Zellen in dieser Mischung gab indessen, bei Berücksichtigung der Verdünnung, dasselbe Resultat, wie die Zählung der Leukocyten in einem Bluttropfen, der direct mit der Luft in Berührung gekommen war.

Mit diesen Versuchen steht aber die Erfahrung LÖWIT's im Widerspruch, dass man im Blute bei seiner Aufsammlung in erwärmtem Oel und bei Einhaltung gewisser Versuchsbedingungen eine weitaus grössere Leukocytenzahl nachweisen kann, als wenn man es in gewöhnlicher Weise aufsammelt.

Die Angaben LÖWIT's sind indessen bis jetzt von anderen Forschern keiner Prüfung unterworfen worden, und LÖWIT selbst hat sich bei späteren Untersuchungen [1]), wie es scheint ohne Bedenken, der Essigsäuremethode bedient.

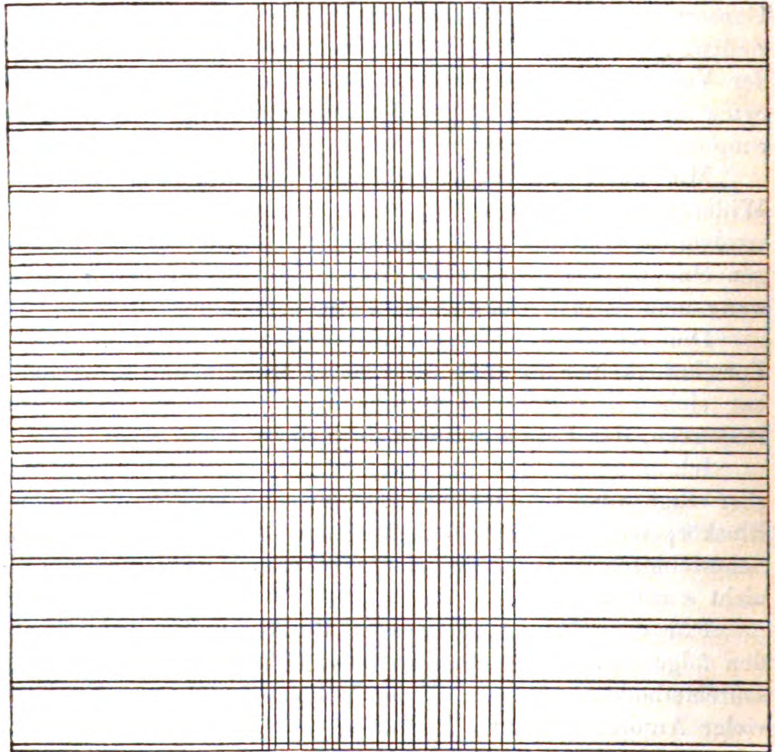
Ich muss daher vollkommen mit GRÆBER einstimmen, welcher sagt, »dass ein irgendwie nennenswerther Zerfall farbloser Blutkörperchen bei der Entnahme des Bluttropfens mittelst des Schüttelmischers und während der weiteren Massnahmen — — — nicht stattfindet».

Für die Zählung der weissen Blutkörperchen habe ich bei den folgenden Untersuehungen die von THOMA angegebene Essigsäuremethode angewandt. Diese Methode ist nach der Erfahrung vieler Autoren (REINERT, RIEDER u. a.) als sehr zuverlässig anzusehen. Die Mischpipette ist die gewöhnliche, von THOMA für die Zählung der weissen Blutkörperchen angegebene, gewesen, die eine Verdünnung des Blutes von 1 : 20 gestattet. Als Verdünnungsflüssigkeit diente $^1/_3$%-ige Essigsäurelösung.

Da indessen das in den gewöhnlichen Zählkammern befindliche, eingetheilte Gebiet für eine genaue Bestimmung der Leukocytenzahl wohl als zu klein anzusehen ist, habe ich mich einer von ZAPPERT und ELZHOLZ angegebenen Zählkammer (gewöhnlicher Höhe, 0.1 Mm.) bedient. Die Seite des quadratförmigen Gebietes dieser Zählkammer misst 3 Mm., und dieses grosse Quadrat ist in 9 gleich grosse kleinere Quadrate eingetheilt.

[1]) Studien zur Physiologie und Pathologie des Blutes und der Lymphe. Jena, 1892.

Durch quer verlaufende Linien ist nun jedes dieser Quadrate zweiter Ordnung in 4 Felder getheilt, deren Breite nicht grösser ist, als dass man sie bei der angewandten Vergrösserung mit dem Mikroskope übersehen kann. Zur Veranschaulichung der Eintheilung kann die untenstehende Zeichnung dienen. [1])



Die Durchzählung eines Präparates ist in folgender Weise ausgeführt worden: nachdem in der rechten oberen Ecke des eingetheilten Gebietes das Gesichtsfeld des Mikroskopes eingestellt worden war, folgte ich, das Zählglas seitwärts schiebend und dabei alle in meinen Weg kommenden Leukocyten zählend, der obersten Columne drei neben einander liegender Quadrate zweiter Ordnung. An dem Ende der ersten Columne angelangt, ging ich zu der nächsten Columne über u. s. w., bis ich drei Quadrate durchgezählt hatte. In Fällen von hochgradiger Hypo-

[1]) Um das Zählglas auch für Bestimmungen der rothen Blutkörperchen anwendbar zu machen, habe ich in dem Mittelquadrate die gewöhnliche Eintheilung anbringen lassen.

leukocytose wurden alle neun Quadrate durchgezählt. Bei jeder Leukocytenbestimmung wurden 3—5—8 Präparate durchmustert und im allgemeinen 300—600 Leukocyten gezählt. Die Leukocytenzahl in 1 Kbmm. erhält man durch Multiplication mit $\frac{200}{b}$, wo b die Zahl der durchgezählten Quadrate repräsentirt. Sind nämlich in drei durchgezählten Präparaten 120, 130 und 136 Zellen gefunden worden, so ergiebt die Rechnung:

$$(120+130+136) \cdot \frac{20(\text{Grad der Verdünnung}) \cdot 10(\text{Inhalt eines Quadrates} = \tfrac{1}{10}\text{ Kbmm.})}{9(\text{Anzahl der gez. Quadrate})}$$

∴ 8577 Leukocyten im Kbmm.

Um eine Vorstellung von der Grösse des Fehlers zu erhalten, der von mir bei der Leukocytenzählung begangen sein konnte, führte ich in einer Serie von 35 Untersuchungen nach der Quadratmethode Bestimmungen des sogenannten Mittelfehlers aus. Mit Absicht erwählte ich hierzu die Zählungen, die ausgeführt worden waren, um den Einfluss der Mahlzeiten auf den Leukocytengehalt des Blutes zu prüfen, da es für die Beurtheilung der Ergebnisse dieser Zählungen vor allem von Gewicht war, die Grösse des möglicherweise begangenen Fehlers zu kennen. Ich ging hierbei in folgender Weise zuwege: Für jede Bestimmung wurde eine Blutprobe genommen, und von der dabei erhaltenen Mischung von Verdünnungsflüssigkeit ($^1/_3$-procentige Essigsäurelösung) und Blut wurden 5—8 Präparate gemacht, in denen dann die Anzahl der weissen Blutkörperchen in einem bestimmten, bei allen Zählungen gleich grossen Gebiete bestimmt wurde. Als Beispiel will ich hier einen Fall anführen, wo 7 Präparate hergestellt und durchgezählt wurden. Hierbei wurde folgendes Ergebniss erhalten:

Präparat.	Anzahl der gezählten Zellen.	Abweichung vom Mittel.	Fehlerquadrate.
1	94	— 15	225
2	104	— 5	25
3	96	— 13	169
4	124	+ 15	225
5	103	— 6	36
6	124	+ 15	225
7	118	+ 9	81
	Mittel 109	0	986

Der mittlere Fehler war folglich $= \sqrt{\frac{986}{7-1}} = \pm 12{,}8$ Zellen.

Der mittlere Fehler in Procenten des Mittels = 11 %.

Von diesen 35 Beobachtungen fand ich:

bei 1 einen Fehler von weniger als 3 %,
» 3 » » » 3—5 %,
» 7 » » » 5—7 %,
» 8 » » » 7—9 %,
» 12 » » » 9—11 % und
» 4 » » » mehr als 11 % (die Fehler waren 11.2, 11.7, 12.1 und 12.1 %).

Auf Grund hiervon können wir sagen, dass der Fehler nie 12.1 % überstieg. In 29 Fällen war er weniger als 10 %.

Bei dieser Berechnung der Grösse des Fehlers ist indessen keine Rücksicht auf den Fehler genommen worden, der beim Nehmen der Blutprobe und der Mischung des Blutes mit Verdünnungsflüssigkeit entstehen kann. Um diesen Fehler und solchergestalt auch die Summe aller Fehler zu bestimmen, die bei der Bestimmung der Anzahl der weissen Blutkörperchen begangen werden, muss man eine Blutmischung von einem gewissen konstanten Gehalt an weissen Blutkörperchen zur Verfügung haben. Es ist nicht zweckmässig, hierzu von einer gewissen Versuchsperson eine Serie Blutproben zu nehmen, da man keineswegs sicher sein kann, dass das Blut ein und desselben Individuums während der Zeit, die für die Ausführung einer hinreichenden Anzahl Bestimmungen erforderlich ist, stets denselben Gehalt an weissen Blutkörperchen zeigt. So viel ich aus der Litteratur habe ersehen können, ist eine solche Bestimmung der Totalsumme der bei der Zählung der weissen Blutkörperchen begangenen Fehler nie ausgeführt worden. Es dürfte auch mit nicht geringen Schwierigkeiten verbunden sein, eine Blutmischung mit einem konstanten Gehalt an weissen Blutkörperchen herzustellen.

Ich glaube indessen, dass die Grösse des Fehlers, der beim Aufsaugen des Blutes und seiner Mischung mit Verdünnungsflüssigkeit begangen wird, nicht besonders bedeutend sein kann und dass derselbe auf alle Fälle unvergleichlich geringer als derjenige ist, den die anderen Manipulationen bei der Zählung verursachen können. Beim Zählen der rothen Blutkörperchen fand REINERT, dass dieser Fehler zusammen mit demjenigen, der

durch die Variationen in der Anzahl der rothen Blutkörperchen an verschiedenen Tagen bedingt ist, nur $\pm$ 0.6168 % betrug.

Um zu prüfen, ob bei Anwendung der sogenannten Essigsäuremethode die Leukocyten gleich den rothen Blutkörperchen zerstört werden, hat THOMA Gegenrechnungen mit 3 %-iger Kochsalzlösung ausgeführt. Diese Prüfung zeigte, dass die Essigsäuremethode, ich gebrauche hier THOMAS eigene Worte, »nicht nur rascher und bequemer zum Ziele führt, sondern dass sie auch zuverlässiger ist» (als die Kochsalzmethode).

Bei meinen Untersuchungen der Kernform und der eosinophilen Granulationen der Leukocyten habe ich mich der von EHRLICH [1]) eingeführten Trockenmethode bedient. Es ist mir nicht unbekannt gewesen, dass diese Methode von verschiedenen Autoren angegriffen worden ist. So meint LÖWIT, dass bei Anwendung dieser Methode leicht eine Veränderung der Kernform eintreten könne. Bei früheren Untersuchungen hat er indessen ebenfalls diese Methode angewandt. Auch GULLAND und GRIESSBACH haben sich in scharfen Worten gegen EHRLICH's Methode ausgesprochen. Anderseits haben sich ihrer indessen viele Verfasser bedient, ohne die Einwendungen LÖWITS gegen sie bestätigen zu können (WERTHEIM, H. F. MÜLLER, RIEDER u. a.). Es ist möglich, dass die feineren Strukturverhältnisse des Kernes und des Protoplasma bei Anwendung der EHRLICH'schen Methode leiden, so dass diese Methode für feinere, histologische Untersuchungen unanwendbar ist. Gilt es aber nur, die gröberen äusseren Kernformen zu studiren, so glaube ich auf Grund der Erfahrung, die ich selbst mit ihr gemacht habe, dass sie vollkommen zuverlässig ist.

Zur Härtung diente mir eine Mischung von Alkohol und Aether (ana partes), in welcher die Präparate mindestens 2 Stunden liegen blieben (NIKIFOROFF). Vor der Härtung wurden die Präparate, die ich durch Zertheilung eines kleinen Bluttropfens zwischen zwei Deckgläsern herstellte, zur Trocknung mindestens 24 Stunden der Luft ausgesetzt. Um die eosinophilen Granulationen sichtbar zu machen, habe ich die Präparate vor der Kernfärbung einige Stunden mit Eosinkarbolglycerin (gesättigte Lösung von Eosin in 5 %-igem Karbolglycerin) behandelt. Zur Färbung des Kernes benutzte ich Hämatoxylinlösung (nach BÖHMER) oder Methylenblau (2 %-ige wässerige Lösung).

---

[1]) Schon WELCKER hatte diese Methode zur Messung der Blutkörperchen angewandt. Zeitschrift für rationelle Medicin, 1863, B. XX, S. 261.

Vor dem letzten Jahre ist eine eingehende Untersuchung der Zuverlässigkeit der Zählung verschiedener Formen weisser Blutkörperchen in Trockenpräparaten nicht veröffentlicht worden. Ein paar französische Forscher, MALASSEZ und VIGNAL, hatten sich indessen seit einiger Zeit mit dieser Frage beschäftigt, und nach dem Tode VIGNALS hat J. JOLLY diese Untersuchungen fortgesetzt und ihre Ergebnisse veröffentlicht. Diese Untersuchungen, die, wie es scheint, mit grosser Genauigkeit ausgeführt sind, zeigen, dass, wenn man in einem Trockenpräparate das gegenseitige Zahlenverhältniss zwischen zwei Leukocytenarten (poly- und mononucleären) bestimmen will, der Fehler bei Zählung von 300 Zellen nicht 4 Procent übersteigt. Es ist jedoch zu bemerken, dass sich der Fehler um so grösser zeigt, je kleiner die Procentzahl der zur Zählung bestimmten Zellen ist, sowie dass man, wenn man bei einer Zählung von z. B. 400 Zellen auch die eosinophilen Zellen berücksichtigen will, einen sich bis auf 175 Procent belaufenden Fehler erhalten kann. Was hier gesagt ist, gilt natürlich nur unter der Voraussetzung, dass die Präparate mit Genauigkeit und immer auf dieselbe Weise hergestellt sind. Man darf auch nicht vergessen, dass die Vertheilung der verschiedenen Leukocytenarten in einem Präparate nicht überall dieselbe ist. Bei Erörterung dieser Frage sagt JOLLY: »Presque constamment les globules blancs sont plus nombreux aux extrémités de la préparation et sur les bords qu'au centre, et le plus souvent, en ces points et surtout aux extrémités de la tache de sang la proportion des polynucléaires augmente.»

Bei meinen Untersuchungen habe ich analoge Observationen machen können. Ich glaube aber, dass man den Fehler, der durch die ungleiche Vertheilung der Zellen entsteht, am leichtesten vermeidet, wenn man verschiedene Partien des Präparates durchzählt und sich bei der Zählung nicht in einer gewissen Region hält. Bei jeder Bestimmung habe ich die beiden Deckglaspräparate, die bei der Entnahme der Blutprobe erhalten wurden, durchmustert. Mit Hülfe eines beweglichen Mikroskoptisches (von ZEISS) konnte die Zählung ausgeführt werden, ohne dass ich zu befürchten brauchte, eine Zelle zweimal zu zählen.

Hier muss ich einige Worte den Methoden widmen, welche die verschiedenen Forscher zur Zählung der eosinophilen Zellen angewandt haben. Die meisten Bestimmungen dieser Zellen sind in Trockenpräparaten ausgeführt worden, und gegen dieses Ver-

fahren hat ZAPPERT in einer längeren Abhandlung, die das Vorkommen der eosinophilen Zellen im menschlichen Blute behandelt, Einwendungen erhoben. So sagt er z. B.: »Ich habe schon in einer früheren Mittheilung (Centralbl. f. klin. Med. 1892, N:o 19) auf die Mängel dieses Verfahrens hingewiesen und will nur kurz wiederholen, dass ich dieselben einerseits in der Abhängigkeit von der Anfertigungszeit und der Güte der Deckglaspräparate, anderseits in den nur relativen Zahlenresultaten erblicke.» Er hat nun zur Bestimmung der Anzahl der eosinophilen Zellen eine neue Methode (eine Modification von MAYET's Methode, Arch. de physiologie 1888, N:o 5) angewandt. Nach denselben Principien, die für die Zählungen der rothen und der weissen Blutkörperchen gelten, hat er in einer etwas modificirten Zählkammer bei Anwendung einer Eosinosmiumsäuremischung in einer Verdünnung von 1 : 100 die absolute Zahl der eosinophilen Zellen im Kbmm. bestimmt.

Wenn ich nun auch zugeben muss, dass die Bestimmung der absoluten Zahl der eosinophilen Zellen nach ZAPPERT als correcter anzusehen ist und die Zählungsresultate bei Anwendung der ZAPPERT'schen Methode möglicherweise genauer als bei Zählung in Trockenpräparaten sind, so will ich gleichwohl behaupten, dass die Zählung sämmtlicher Leukocyten nach ZAPPERTS Verfahren weniger genau ist. Nach THOMA soll sich ja eine einigermassen brauchbare Zählung nie auf weniger als 300—600 Zellen erstrecken. Will man nun mit Anwendung von ZAPPERTS Methode z. B. 300 Leukocyten zählen, so muss, wenn wir annehmen, dass wir 6000 Leukocyten in einem Kbmm. des Blutes haben, die ganze gradirte Fläche der Zählkammer (die ebenso gross wie die meinige ist) in 6 Präparaten durchmustert werden. Wie zeitraubend dieses Verfahren ist, dürfte leicht einleuchten.

Bei meinen Untersuchungen habe ich das grösste Gewicht auf die Bestimmung der Gesammtzahl der Leukocyten gelegt. Deshalb habe ich bei meinen Untersuchungen auch die Methode angewandt, die mir die zuverlässigste zu sein schien, während ich mich gleichzeitig zur Bestimmung der Zahl der eosinophilen Zellen einer Methode bedient habe, die vielleicht weniger correct als die ZAPPERT'sche ist.

IV. Normalzahl der Leukocyten, Tagesschwankungen und das Procentverhältniss der verschiedenen Leukocytenarten zu einander.

Die Normahlzahl der Leukocyten ist von verschiedenen Autoren sehr ungleich angegeben. Die nachfolgende Zusammenstellung kann einen Beweis dieser Behauptung liefern.

Tabelle I.

Verfasser und Jahr der Bestimmung.	Verhältniss zwischen weissen und rothen Blutkörperchen.	Zahl der Leukocyten im Kbmm.	Bemerkungen.
Wagner 1842	1:5		»Verhältniss der Lymphkörperchen zu den Blutkörperchen». (Wagners Handwörterbuch der Physiologie, Cap. Blut; Nasse.)
Moleschott 1854	1:357		Zählung auf einem Objectglas nach Zusatz von gesättigter Glaubersalzlösung.
Welcker 1854	1:506 1:341	8201 13369	Zwei Bestimmungen, ausgeführt nach einer modificirten Methode (Vierordt's). (Zählung auf Trockenpräparaten nach Zusatz von Wasser und Gummilösung.)
Hirt 1856	In nüchternem Zustande 1:1761 $^1/_2$—1 Stunde n. d. Mahlzeit 1:695, 1:429 1:544 2—3 Stunden darnach 1:1514, 1:1481, 1:1227		Zählung nach Zusatz von Verdünnungsflüssigkeiten auf einem Objectglas, das mit Zählgitter versehen war.
Sörensen 1876	1:347 1:2300		Grenzwerthe von Bestimmungen der relativen Leukocytenzahl bei 12 gesunden Personen (Malassez's Methode).
Malassez 1876	1:650 :1250	4000 7000	Die Grenzwerthe, welche Malassez bei Anwendung seiner Methode gefunden hat. (Gazette méd. de Paris. 1876. N:o 25).

Verfasser und Jahr der Bestimmung.	Verhältniss zwischen weissen und rothen Blutkörperchen.	Zahl der Leukocyten im Kbmm.	Bemerkungen.
GRANCHER 1876	1 : 900 1 : 2200	3000 9000	Grenzwerthe nach der Methode von HAYEM und MALASSEZ.
GOWERS 1877	1 : 330		The practition XX, N:o 7, July 1878. (Hermanns' Handbuch)
PATRIGEON 1877		2000 10000	Grenzwerthe. Cit. nach RIEDER.
DUPÉRIÉ 1878	1 : 1100	5000	Die Bestimmungen sind nach HAYEM's Methode (Chambre humide) ausgeführt. (Globules du sang et cet.; Thèse de Paris. 1878).
BOUCHUT und DUBRISAY 1878	1 : 700	6000—7000	Nach HAYEM's Methode. (Gazette médicale de Paris 1878, No. 15).
HAYEM 1882		5000 6500	Du Sang; 1882. S. 127.
THOMA 1882		8240 8537	Mittelzahlen von zwei Untersuchungsreihen, die nach der Kochsalz- und resp. der Essigsäuremethode ausgeführt wurden.
		5251 5678	Die Mittelzahlen, die im einer zweiten Versuchsreihe bei einer anderen Versuchsperson erhalten wurden.
HALLA 1883	1 : 422 1 : 811	4960—10106 Mittelz. 7533	Grenzwerthe, die bei 16 Zählungen bei verschiedenen Individuen gefunden wurden. (HAYEM und NACHET.)
TUMAS 1887	Mittelzahl 1 : 675 Min. 1 : 1039 Max. 1 : 420	Mittelz. 6200 Min. 4800 Max. 9600	Die Bestimmungen wurden nach MALASSEZ's Methode mit Anwendung von einer »Chambre humide» bei »mehreren Gesunden» ausgeführt.
REINECKE 1889	1 : 720 Max. 1 : 500 Min. 1 : 1000	Essigsäuremethode 7351 Toisons Färbemethode 7134	Die Zählungen wurden in Proben von dem Blute des Autors ausgeführt. Die Ziffern sind Mittelzahlen von 72 Zählungen, die in zwei Versuchsreihen mit drei Untersuchungen täglich während 12 Tage ausgeführt wurden.
v. LIMBECK 1889	1:625—1:555	Mittelzahl 8000—9000 Min. 5000 Max. 14400	Ergebnisse von 60 Zählungen bei 12 meist nervenkranken Personen, die in den Zwischenzeiten vor und nach einer Mahlzeit untersucht wurden. (Essigsäuremethode.)
GRÆBER 1890	1 : 574	8340 Mittelzahl der roth. Bl.-kp. 4799000	Mittelzahlen von 20 Bestimmungen bei 10 gesunden Personen. (Zählung in HAYEM's Flüssigkeit und einer Zählkammer, die 1/5 Mm. hoch war).

Verfasser und Jahr der Bestimmung.	Verhältniss zwischen weissen und rothen Blutkörperchen.	Zahl der Leukocyten im Kbmm.	Bemerkungen.
REINERT 1891	1 : 538 Max. 1 : 1109 Min.	9894 Max. 4794 Min.	Grenzwerthe, die R. durch Untersuchungen an sich selbst mit zweistündlichen Interwallen während des Tages und der Nacht eine ganze Woche hindurch erhalten hat. (Essigsäuremethode.)
RIEDER 1892	Mittelz. Erw. Pers. 1 : 651 Mittelz. für Kinder 1 : 518	Mittelz. Erw. Pers. 7680 Mittelz. für Kinder 9660	Diese Mittelzahlen sind durch Untersuchungen bei 20 Erwachsenen und 12 Kindern in nüchternem Zustande erhalten worden. (Essigsäuremethode.)

Wie aus dieser Tabelle ersichtlich ist, weichen die Angaben der Autoren nicht nur von einander beträchtlich ab, sondern die Werthe, die ein und derselbe Autor mittheilt, zeigen bedeutende Variationen. SÖRENSEN, REINECKE und REINERT, die an sich selbst eine grosse Zahl von Zählungen zu verschiedenen Zeiten des Tages ausführten, haben Differenzen von mehr als 3000 Leukocyten erhalten. Die grösste Variation während eines Tages bei einem Individuum, das zwar nicht gesund war, von dessen Krankheit aber angenommen wurde, dass sie auf die Zusammensetzung des Blutes keinen Einfluss ausübe, ist wohl von v. LIMBECK gefunden worden. Derselbe erhielt nämlich bei einer an Scleros. multipl. cerebrospinal. leidenden Person um 11 Uhr Vorm. 5000 und $1^1/_2$ Uhr Nachm. ($2^1/_2$ Stunde nach einer Mahlzeit) 14400 Leukocyten im Kbmm., mithin eine Differenz von 9400 Leukocyten. Wenn es also als erwiesen anzusehen ist, dass bei einer und derselben gesunden Person unter physiologischen Verhältnissen die Leukocytenzahl, aus welchen Ursachen lassen wir einstweilen dahingestellt sein, grossen Schwankungen ausgesetzt ist, so kann es nicht auffallen, dass man bedeutende Differenzen bei verschiedenen unter denselben Verhältnissen lebenden gesunden Individuen antrifft. Diese Differenzen scheinen indessen nicht grösser zu sein, als die vorigen.

In der ersten der folgenden Tabellen (II) sind meine Untersuchungen bei mehreren gesunden Personen, von denen die Blutproben 2 bis 3 Stunden nach dem Frühstück genommen wurden, zusammengestellt. Die zweite Tabelle (III) dagegen zeigt,

wie die Leukocytenzahl bei verschiedenen Individuen während des Tages variiren kann.

Tabelle II.

Männer.				Frauen.			
N:o.	Stand.	Alter.	Leukocytenzahl im Kbmm.	N:o.	Stand.	Alter.	Leukocytenzahl im Kbmm.
1	Hausknecht	18 J.	8200	1	Mädchen	11 J.	7400
2	D:o	20 J.	6900	2	Dienstmädchen	20 J.	8400
3	Cand. med.	23 J.	6900	3	Krankenwärterin	20 J.	7500
4	D:o	23 J.	6300	4	D:o	26 J.	8600
5	D:o	24 J.	5700	5	D:o	28 J.	6200
6	D:o	26 J.	6400	6	D:o	31 J.	8300
7	D:o	26 J.	5500	7	D:o	31 J.	7400
8	D:o	26 J.	4600	8	Magd	36 J.	6800
9	D:o	27 J.	7100	9	Krankenwärterin	35 J.	6500
10	D:o	27 J.	5500	10	D:o	38 J.	6900
11	D:o	28 J.	4100	11	Aufwärterin	42 J.	6400
12	Arzt	32 J.	6600	12	Frau	61 J.	4200
13	Cand. med.	35 J.	4000				
14	Beamter	51 J.	6200				

Männer: $\frac{84000}{14}$ = 6000 im Mittel. Max. 8200; Min. 4000.

Frauen: $\frac{84600}{12}$ = 7050 im Mittel. Max. 8600; Min. 4200.

Gemeinschaftliche Mittelzahl = 6485 oder 6500.

Mit 5 Mill. rothen Blutkörperchen als Mittelwerth bei Gesunden ergiebt diese Zahl das Verhältniss 1 : 770 zwischen weissen und rothen Blutkörperchen.

a.

Tabelle III.

	8,15 U. Vm.	8,20 U. Vm.	9,35 U. Vm.	11,5 U. Vm.	12 U. Mittags	12,15 Mittags	1,40 U. Nm.	3,10 U. Nm.	4,10 U. Nm.	4,40 U. Nm.	5,55 U. Nm.	6,5 U. Nm.	7,30 U. Nm.	8,55 U. Nm.
Arbeiter, 52 J. Neurasthenia	5600	**Frühstück**	6200	6500	6100	**Mittagsessen**	6900	6800	**Kaffee**	6800	**Nachtessen**	7900	7200	7500
Jüngling, 17 J. Epilepsia	6900	»	6800	7400		»	8000	8200	»	8200	»	8100	6100	
Magd, 22 J. Hysteria	7800	»	7700	7500	7600	»	7300	7300	»	8900	»	8400	8400	7500
Näherin, 27 J. Hysteria	7200	»	7300	8300	6700	»	7200	6500		6700			6600	7400

b.

	9,15—9,45 Uhr Vorm.	11,15 U. Vm.	11,15—12,15 U. Vm.	1,45—2,15 U. Nm.	3,45—4,5 U. Nm.	4,20 U. Nm.	6—6,30 U. Nm.	8—8,30 U. Nm.	10,10 U. Nm.
Arzt, 32 J. Gesund	6900	6800	Früh-stück	6900	6900	Mittags-essen	6600	7800	7100
Magd, 36 J. Gesund	7200	6800	»	6300	8200	»	6800	8100	6900
Frau, 61 J. Gesund	3800	4200	»	5200	5400	»	5200	6200	5700
Beamter, 51 J. Gesund	6200	Früh-stück	5200	5500	6200	»	6600	7700	7000

c.

	10 U. Vm.	11 U. Vm.	1,50 U. Nm.	3 U. Nm.	4,30—5 U. Nm.	5,30 U. Nm.	7,15 U. Nm.	9 U. Nm.
Cand. med., 26 J. Gesund	6000	Früh-stück	6500		Mittags-essen		6800	
Cand. med., 28 J. Gesund	4100	»	4100		»	4700		
Cand. med., 23 J. Gesund	6700	»	6300		»			6100
Cand. med., 27 J. Gesund	5800	»		7100	»		8100	

Wollen wir nun auf die Zahlen der ersten Tabelle näher eingehen, so finden wir die Mittelzahl der Männer um mehr als 1000 geringer als die der Frauen. Ich will jedoch auf dieses Verhältniss kein allzu grosses Gewicht legen. Dasselbe ist wohl als eine Zufälligkeit anzusehen. Andere Forscher, die bei einer grösseren oder kleineren Zahl gesunder Personen Untersuchungen angestellt haben (GRÆBER, ZAPPERT u. a.), haben eine sehr unbedeutende Differenz (100) zu Gunsten der Frauen erhalten.[1]) Ich glaube auch, dass es, um eine genauere Antwort

[1]) Ein gegenseitiges Verhältniss ist von MOLESCHOTT gefunden worden. HAYEM dagegen fand keinen Unterschied in der Leukocytenzahl beider Geschlechter.

auf die Frage zu erhalten, ob die Frauen wirklich eine grössere Leukocytenzahl als die Männer aufweisen können, wohl nothwendig ist, eine noch grössere Reihe von Untersuchungen als bisher auszuführen.

Es ist wohl möglich, wenn auch nicht bewiesen, dass der Ernährungszustand, wie v. LIMBECK behauptet, einen Einfluss auf die Leukocytenzahl ausübt. Meine eigene geringe Erfahrung spricht jedoch nicht zu Gunsten einer solchen Ansicht. Ich habe niedrige Werthe (4,000) bei Personen gefunden, die gar nicht schlecht genährt und nicht fastend waren. Anderseits habe ich auch relativ hohe Werthe bei gesunden Individuen erhalten, deren Ernährungszustand zwar nicht heruntergekommen war, welche man aber doch als mager bezeichnen konnte. Hiermit will ich natürlich nicht gesagt haben, dass abnorm niedrige Leukocytenwerthe bei sehr heruntergekommenen hungernden Individuen nicht vorkommen können, was LUCIANI und v. LIMBECK gesehen haben.[1]) Diese Individuen können indessen gar nicht als normal angesehen werden. Unter physiologischen Verhältnissen spielt der Ernährungszustand, wie ich glaube, keine Rolle für die Leukocytenzahl.

Betreffs des Einflusses der geschlechtlichen Functionen, speciell der Menstruation, haben MOLESCHOTT und HAYEM behauptet, dass während der Periode die Leukocytenzahl erhöht sei. Es ist wohl fraglich, ob die Untersuchungen unter solchen Cautelen und in solcher Menge ausgeführt worden sind, dass man diesen Schluss ziehen kann.

Aus der zweiten Tabelle ist ersichtlich, wie bedeutend die Variationen in der Leukocytenzahl bei einer Person während eines Tages sein können. Die grösste von mir in dieser Hinsicht gefundene Differenz ist 3,800 Leukocyten gewesen (siehe Verdauungsleukocytose). Es fällt sich schwer, eine allgemeine Regel für diese Tagesdifferenzen aufzustellen. Wenn einerseits REINERT gefunden hat, dass sein Blut am reichsten an Leukocyten um 4 Uhr Nachmittags ist, und dass in den Morgenstunden die Leukocytenzahl beträchtlich niedrigere Werthe aufweist, so hat anderseits REINECKE keine Differenz bei den Morgen-, Mittags- und Abendzählungen erhalten.

Meine Untersuchungen stimmen insoweit mit REINERT's Angaben überein, als ich oft die niedrigsten Werthe bei den

[1]) RIEDER und HAYEM konnten indessen bei hungernden Hunden keine Senkung der Leukocytenzahl konstatiren.

Morgenzählungen fand, während die grössten Zahlen Nachmittags erhalten wurden.

Von der Erklärung dieser Tagesschwankungen will ich an dieser Stelle absehen. Bei Besprechung der Verdauungsleukocytose bekomme ich Gelegenheit, auf diese Sache näher einzugehen.

Spärlicher als die Angaben über die Gesammtzahl der Leukocyten sind in der Litteratur die Angaben über das Procentverhältniss verschiedener Leukocytenarten zu einander. Löwit fand als Mittelzahl von zwei Bestimmungen, die er bei zwei Personen ausführte, für die einkernigen kleinen und grossen Leukocyten 21,8 %, für die eingebuchteten, zwei- und mehrkernigen 78,2 %.

Ehrlich und sein Schüler Einhorn fanden bei ihren Zählungen, dass die polynucleären neutrophilen Zellen etwa 75 % und die Lymphocyten c:a 25 % der Gesammtmenge ausmachen. Graeber fand den Procentgehalt der einkernigen grossen und kleinen Leukocyten im gesunden Blute durchschnittlich gleich 24,5 %, Hayem und Uskow gleich 23 und resp. 18 %. Rieder's Mittelzahl, die er durch Untersuchungen bei 13 Gesunden gefunden hat, ist für die mononucleären Zellen 27—30 %.

Ueber die Normalzahl der eosinophilen Zellen lauten die Angaben etwas verschieden. Erhlich schätzt sie auf 2—4 Proc. Er giebt jedoch an, dass sie im normalen Blute bis auf 10 Proc. steigen kann.

Gollasch und Hayem haben die eosinophilen Zellen des normalen Blutes auf 5 und resp. 7 % der Gesammtzahl der Leukocyten angeschlagen. Gabritschewsky hat niemals bei gesunden Menschen mehr als 1—3 % von eosinophilen Zellen gefunden. Die Zahlen Canons, v. Limbeck's[1]) und Uskow's sind resp. 1—3, 2—8 und 6 %.

Die folgende kleine Tabelle zeigt die Zahlen, die ich bei Untersuchungen bei 10 gesunden Personen 2--3 Stunden nach dem Frühstück gefunden habe.

Meine Werthe der Procentzahl der mononucleären Leukocyten schwanken mithin zwischen 14,3 und 35,25 Procent; die meisten aber finden sich zwischen 20 und 35 Proc.; Mittelzahl 27,75.

---

[1]) v. Limbeck's Zahl ist in einer älteren Auflage von seinem »Grundriss einer klinischen Pathologie des Blutes» zu finden, in der letzten Auflage (1896) hat er Zappert's Mittelzahl acceptirt.

Stand und Alter.	Procentzahl der mononucleären Zellen.	Zahl der eosinophilen Zellen der gezählten Leukocyten.	Procentzahl der eosinophilen Zellen.
Cand. med., 23 J.	33,05	31 : 918	3,37
» » 26 J.	35,25	13 : 714	1,82
» » 28 J.	27,7	54 : 973	5,55
» » 26 J.	34,15	57 : 1200	4,75
Aufwärterin, 42 J.	29,05	33 : 976	3,38
Krankenwärterin, 30 J.	21,6	12 : 1177	1,02
» 30 J.	24,9	11 : 1498	0,73
» 26 J.	33,6	16 : 1134	1,41
» 24 J.	14,3	13 : 1266	1,03
» 22 J.	24,15	17 : 1332	1,28

In Betreff der Procentzahl der eosinophilen Zellen ist zu bemerken, dass dieselbe zwischen 0,73 und 5,55 % schwankt. Nach ZAPPERT, der wohl die zahlreichsten Untersuchungen über die eosinophilen Zellen angestellt hat, kann die Procentzahl derselben Zellen unter physiologischen Verhältnissen zwischen 0,67 und 11 % variiren. Est ist wohl unzweifelhaft, dass hohe Werthe der eosinophilen Zellen bei ganz gesunden Personen vorkommen können, und aus den Untersuchungen ZAPPERTS geht hervor, dass bei einem und demselben Individuum unter physiologischen Verhältnissen die Zahl der eosinophilen Zellen nicht unbeträchtlich schwanken kann. Ich glaube auch, dass man im allgemeinen einer Erhöhung der Procentzahl der eosinophilen Zellen nicht grosse Bedeutung beimessen darf.

V. Differentialdiagnose zwischen der Leukämie und der Leukocytose.

Definition des Begriffes Leukocytose.

Die Zeit ist vorüber, wo man auf Grund des Zahlenverhältnisses zwischen den rothen und den weissen Blutkörperchen glaubte mit Bestimmtheit entscheiden zu können, ob eine Leukämie, oder nur eine Leukocytose vorliegt. Schon 1856 versuchte MAGNUS HUSS mit Hilfe dieses Verhältnisses eine Grenze zwi-

schen der Leukämie und anderen mit einer Vermehrung der Leukocyten verbundenen Krankheiten, unter denen er Puerperal- und Typhoidfieber, Cancer, Tuberculosis und Intermittens-cachexie nennt, festzustellen. Ein Theil Autoren, die HUSS citiren (v. LIMBECK und RIEDER), geben an, dass er erst dann eine Leukämie als vorhanden annahm, wenn das Verhältniss zwischen den weissen und den rothen Blutkörperchen 1:20 war. Diese Autoren vergessen indessen zu erwähnen, dass HUSS zu seiner Definition einen ganz wichtigen Zusatz machte. Er sagt nämlich: »Man kann annehmen, dass eine Leukocytämie (= Leukämie) vorliegt, wenn man *ausser der Auftreibung der Milz und den übrigen kachectischen Symptomen* findet, dass sich die farblosen Corpuscula des Blutes zu den rothen wie 1:20 und darunter verhalten.» Durch diese Definition hat er also keineswegs die Möglichkeit verneint, dass dieser Grenzwerth für die Leukocyten von 1:20 bei *anderen* Krankheiten überschritten werden *kann*.

Im Laufe der Jahre ist man auch in dem Verhältniss, in welchem sich die Erfahrung auf dem Gebiete der Hämatologie mit Hilfe der neueren Untersuchungsmethoden mehr und mehr erweitert hat, zu der Einsicht gelangt, wie unrichtig es ist, bei der Stellung der Differentialdiagnose zwischen Leukämie und Leukocytose nur auf die Anzahl der weissen Blutkörperchen Rücksicht zu nehmen.

Den Grenzwerth 1:50, der (v. LAACHE u. a.) nach HUSS aufgestellt wurde und den man in verschiedenen Handbüchern angegeben findet, war man ebenfalls genöthigt zu verwerfen. Es wäre nicht schwer, aus der Litteratur eine Menge von Blutuntersuchungen anzuführen, wo dass Verhältniss zwischen den weissen und den rothen Blutkörperchen zu 1:50 oder darunter angegeben wird, wo aber nichts destoweniger eine Leukämie mit Bestimmtheit auszuschliessen ist. Das namentlich bei Cancer und malignen Neubildungen in einzelnen Fällen eine enorme Vermehrung der weissen Blutkörperchen vorkommen kann, ist ja allgemein bekannt. So fand REINBACH in einem Falle von Lymphosarkoma colli, was auch in einer anderen Hinsicht bemerkenswerth ist, einen Werth der Anzahl der weissen Blutkörperchen, der 100,000 (1:45) überstieg, und PALMA beschrieb einen Fall von Thymussarkom mit Metastasen, wo die Anzahl der weissen Blutkörperchen zwischen 216,000 und 372,000 (1:13) wechselte. REINERT führt einen Fall von septischer Infection

mit Abscessbildungen an, wo das Verhältniss zwischen den Leukocyten und den Erythrocyten 1:20 war, und in einem Fall von Cancer ventriculi stieg die Anzahl der Leukocyten bei einer Gelegenheit sogar bis auf 1:12. v. JAKSCH hat die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, dass bei Kindern bei einer Anzahl von krankhaften Zuständen eine sehr bedeutende Leukocytose vorkommt. Bei der sogenannten Anämia infantum pseudoleukämica, fand er besonders hohe Werthe für die Leukocytenanzahl (1:20, 1:12). Während man es also auf der einen Seite als bewiesen ansehen muss, dass, wenn auch nicht so oft, Fälle von Leukocytose vorkommen, wo die Anzahl der weissen Blutkörperchen die früher als Grenzwerthe angenommenen Zahlen 1:20 und 1:50 übersteigt, darf man auf der anderen Seite nicht vergessen, dass die Anzahl der Leukocyten bei der Leukämie bisweilen recht bedeutend sinken kann. Dass die Krankheit deshalb nicht als im Zurückgange anzusehen ist, zeigt leider in den meisten Fällen ihr Verlauf.

EISENLOHR erwähnt einen Fall, wo unter dem Einfluss einer »typhusartigen Krankheit» die Anzahl der Leukocyten sich in so hohem Grade verminderte, dass sie als beinahe normal betrachtet werden konnte. HEUK konstatirte ein ähnliches Verhältniss in einem Fall von lienaler Leukämie, die mit einem Empyem komplicirt war. Auch bei Komplicationen der Leukämie mit Miliartuberculose, Phthisis, Influenza, Pneumonie und Sepsis haben verschiedene Forscher (QUINCKE, STINTZING, KOVACS, H. F. MÜLLER, FRÄNKEL, v. LIMBECK und GRAWITZ) eine bedeutende Reduction der Leukocytenanzahl bei Leukämie beobachten können.[1])

Dass also in vielen Fällen eine Zählung der weissen Blutkörperchen unzureichend ist, eine Differentialdiagnose zwischen Leukocytose und Leukämie zu stellen, dürfte aus dem Angeführten deutlich hervorgehen.

In der Vermehrung der eosinophilen Zellen glaubte EHRLICH ein gutes diagnostisches Zeichen der Leukämie gefunden zu haben. Er sagt nämlich (Methodologische Beiträge zur Physiologie und Pathologie der verschiedenen Formen der Leuko-

[1]) MÜLLER hat Gelegenheit gehabt, ein ganz entgegengesetztes Verhältniss zu beobachten. Während des Verlaufes einer Septhämie stieg hier die Anzahl der Leukocyten von 180,000 bis auf 400,000 (cit. nach v. LIMBECK), und in einem Fall, den v. LIMBECK beschreibt, wurde im Anschluss an eine Pneumonie erst ein Sinken der Anzahl der Leukocyten (von 140,000 bis auf 43,000 und dann eine Steigerung derselben beobachtet.

cyten. Zeitschrift f. Klin. Med. B. I, H. 3, 1880): »Im leukämischen Blute ist die absolute Menge der eosinophilen Zellen stets — oft in hochgradigem Maasse — vermehrt. Bei allen acuten Leukocytosen sind nur die mono- und polynucleären Formen vermehrt, während die eosinophilen Zellen dem entsprechend scheinbar veringert sind.» EHRLICH's Schüler SPILLING und SCHWARTZE bekräftigten durch ihre Untersuchungen diese Angaben, und v. JAKSCH fand in der Vermehrung der eosinophilen Zellen »ein brauchbares Kriterium für die Diagnose beginnender Leukämie».

Dass auch dieses Zeichen nur einen begrenzten Werth hat, haben die Forschungen in den letzten Jahren gezeigt. H. F. MÜLLER und RIEDER sowie ZAPPERT haben gefunden, dass der procentische Werth der eosinophilen Zellen im Verhältniss zu den übrigen Leukocyten bei Leukämie durchaus nicht grösser als bei verschiedenen anderen krankhaften Zuständen ist, ja dass die Procentzahl der eosinophilen Zellen unter physiologischen Verhältnissen sogar höher als in dem einen oder anderen Fall von Leukämie sein kann. Die absolute Zahl der eosinophilen Zellen ist indessen in den meisten Fällen von Leukämie bedeutend höher als bei anderen Krankheiten. Gewisse Hautkrankheiten (Pemphigus und Sclerodermie) scheinen hiervon eine Ausnahme zu machen. ZAPPERT zählte in einigen solchen Fällen 1500—4800 eosinophile Zellen im Kubikmillimeter. Der letztere Werth übersteigt 4 der Werthe, die er bei »gemischter Leukämie» gefunden hat. Dass bei malignen Tumoren auch die absolute Zahl der eosinophilen Zellen sehr gross sein kann, zeigt gerade der schon einmal erwähnte Fall von Lymphosarkom, den REINBACH beschrieben hat und in welchem die eosinophilen Zellen mehr als 40 % sämmtlicher Leukocyten betrugen, bei der ersten Blutuntersuchung also 57,900 waren, welcher Werth alle von ZAPPERT bei Leukämie gefundenen Werthe übersteigt.

Bei der Rede von der Bedeutung der eosinophilen Zellen für die Differentialdiagnose zwischen Leukämie und Leukocytose ist ferner hervorzuheben, dass bei einer besonderen Form von Leukämie, der sogenannten lymphatischen, auch die absolute Zahl der eosinophilen Zellen nicht vermehrt, ja zuweilen sogar vermindert ist. ZAPPERT fand in einem solchen Falle eine besonders niedrige Procentzahl der eosinophilen Zellen (0,064 und 0,074), und ihre absolute Zahl (465 und 642) unter-

stieg verschiedene der Werthe, die bei anderen krankhaften Zuständen gefunden wurden. Ähnliche Beobachtungen sind übrigens von GUTTMAN, H. F. MÜLLER und WERTHEIM gemacht worden. Der letztgenannte Forscher konnte in seinem Falle gar keine eosinophilen Zellen im Blute nachweisen.

Nun haben H. F. MÜLLER und RIEDER die Behauptung aufgestellt, dass die Mehrzahl der eosinophilen Zellen bei Leukämie von einer besonderen Beschaffenheit sind und dass sie sich bestimmt von den eosinophilen Zellen im normalen Blute unterscheiden.

Um ihre Auffassung dieses Unterschiedes zu beleuchten, will ich mich hier der von WEISS gegebenen Darstellung bedienen:

Eosinophile Markzellen des leukämischen Blutes.	*Eosinophile Zellen des normalen und nicht leukämischen Blutes.*
1. Gross.	1. Bedeutend kleiner.
2. Plumpe Kernformen.	2. Zierliche Kerne (gegliedert, polymorph).
3. Ihre Kerne enthalten wenig Chromatin.	3. Die Kerne enthalten viel Chromatin.
4. Auf dem geheizten Objecttisch zeigen dieselben gar keine Bewegung.	4. Auf dem geheizten Objecttisch zeigen dieselben lebhafte Bewegung.

WEISS will nicht zugeben, dass sich zwischen den eosinophilen Zellen im leukämischen und im normalen oder leukocytotischen Blute ein so scharfer Unterschied findet. Besonders hebt er hervor, und hierin stimmt ihm auch ZAPPERT bei, dass sich in der Beweglichkeit der Leukocyten der beiden verschiedenen Blutsorten absolut kein Unterschied findet. Verschiedene andere Forscher, BIESIADECKI, NEUMANN, LÖWIT u. a., haben indessen das Gegentheil konstatiren können, und sowohl GRAWITZ, wie v. LIMBECK scheinen diese Ansicht in ihren grossen Monographien zu acceptiren.

Da also in Betreff dieses Verhältnisses so streitige Ansichten herrschen, muss es wohl künftigen Forschungen überlassen bleiben, den Ausschlag zu fällen. Selbst habe ich mir in dieser Sache, da mir kein wärmbarer Mikroskoptisch zur Verfügung gestanden hat, keine Ansicht bilden können.

In zwei Fällen von Leukämie habe ich Gelegenheit gehabt, wiederholt Untersuchungen des Blutes auszuführen. Ich habe es

Tabelle

Leu-

N:r.	Name u. Alter.	Datum.	Zahl der rothen Blutkörperchen.	Hämoglobin-gehalt. Fleischl.	Zahl der weissen Blutkörperchen im Kbmm.	Verhältniss der w. zu den r. Blutkörperchen.	% der eosin. z. d. w. Blutkörp.	Zahl der eosinoph. Blutkörp.	Temperatur.	
									Morgens.	Ab.
1	Henrik H., 37 J., Arbeiter.	13. VI. 95	2912000	30	193000	1 : 15				38,1
		17. VI. 95	2700000		300760	1 : 9			37,6	37,5
		26. VI. 95	2450000	30	295000	1 : 8			37,3	37,8
		5. VII. 95	1812000	30	227500	1 : 8	4,35	9896	36,9	37
		16. VII. 95	2367000	25	318000	1 : 7,5	3,1	9858	36	36,9
		17. X. 95	1556000	20	608000	1 : 2,56	1,5	9120	36,4	36,2
2	Lisa D., 31 J., Bauerntochter.	13. III. 96	2570000	40	510000	1 : 5	5,7	29070	37,4	37,7
		23. III. 96	2392000	40	525000	1 : 4,5			37	37,5
		1. IV. 96	2576000	40	542000	1 : 4,75	7,4	40108	37,3	38,2
		15. IV. 96	2780000	45	486000	1 : 5,72	7,4	36450	39	39,6
		25. IV. 96	2576000	45	498000	1 : 5,17			37	37,3

IV.

kämie.

Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Seit 14 Jahren dyspeptische Symptome: Sodbrennen, saures Aufstossen. In Dez. 1893 wurden die gastrischen Störungen grösser; oft Erbrechen. Der Kranke bemerkt einen links unter dem Rippenbogen fühlbaren Tumor. Zunehmende Schwäche. Seit Dez. 1894 bettlägerig. Seit Mai 1894 sehr oft Epistaxis. *Stat. praes. 14. 6. 95. Milz* enorm vergrössert; der vordere Rand erreicht fast die Mittellinie, der obere die fünfte Rippe, der untere die Crista. oss. il. Der Tumor ist hart und wenig druckempfindlich; er verschiebt sich bei der Respiration. *Leber* vergrössert: der untere Rand in der rechten Mam.-Linie 10 und in der Mittellinie 13 cm. vom Rippenbogen entfernt. Vergrösserte Inguinal- und Axillardrüsen. *Augenhintergrund* normal. Keine *Schmerzhaftigkeit* der Knochen. Untersuchungen von Bluttrockenpräparaten, die zu verschiedenen Zeiten der Krankheit genommen wurden, zeigt, dass der grösste Theil der weissen Blutzellen sogenannte »Markzellen» darstellen. Die meisten derselben sind mononucleär, mit reichlichen neutrophilen Granula, einzelne aber auch polymorphkernig und polynucleär. Ein minderer Theil der »Markzellen» ist mit eosinophilen Körnungen versehen. Sehr viele kernhaltige rothe Blutzellen. Ord. Liq. arsen. kal. u. arsen. natr. Inj.	Gemischte Leukämie.
Zunehmende Schwäche. Epistaxis fast täglich.	
26. X. Exitus letalis. *Pat. anat. diagnose:* Hyperplasia lienis leukaemica. Hyperplasia gland. lymp. + Lymphomata hepatis + Ascites + Peritonit. chron. + Atrophia mucos. intestin. (Quensel.)	
Im Sommer 1893 wurde von der Pat. ein Tumor an der l. Seite d. Bauches bemerkt. Seit Dez. 1893. Ausbleiben der Menstruation. *Stat. pr. 28. 3. 96. Milz* vergrössert; der mediale Rand bis 6 cm. links von d. Mittellinie, der obere bis zur 6 Rippe, der untere bis zur Crist. oss. il. *Leber* vergrössert, reicht in d. rechten Mam.-Linie von der 6 Rippe bis unterhalb des Nabels. In der rechten Achselhöhle u. in den Inguines einige erbsengrosse Lymphdrüsen; Augenhintergrund normal. (Stenosis valv. mitr.) An Trockenpräparaten erkennt man, dass »Markzellen» theils mit neutrophilen, theils mit eosinophilen Granulationen den grössten Theil der weissen Blutkörperchen bilden. Zahlreiche kernhaltige rothe Blutkörperchen.	Gemischte Leukämie.
7. IV. Heftiges Nasenbluten.	
Bronchitis.	
Am 29. IV. wird die Kranke im Ganzen unverbessert entlassen. *Ord.* Liq. arsen. kal.; arsen. natr. 0,001, 0,005, Inj.	

als geeignet angesehen, hier, bei der Rede von der Differentialdiagnose zwischen Leukocytose und Leukämie, eine kurze tabellarische Uebersicht über die Symptome und den Verlauf dieser Fälle zu geben, ohne mich auf einige nähere Betrachtungen über die Leukämie einzulassen.

Was hinwiederum das Verhältniss anbetrifft, dass sich bei der Leukämie die eosinophilen Zellen durch ihre Grösse und ihre bedeutenden (»plumpen»), chromatinarmen Kerne auszeichnen, so glaube ich auf Grund meiner eigenen Erfahrung sagen zu können, dass solche grosse sogenannte eosinophile Markzellen in einem Theil von Leukämiefällen vorkommen. Man findet indessen auch stets eosinophile Zellen von derselben Beschaffenheit wie unter normalen Verhältnissen, und zwischen diesen beiden Typen fehlt es nicht an Uebergangsformen. Die eosinophilen Markzellen sind ausserdem bei anderen krankhaften Zuständen (malignen Tumoren, REINBACH u. a.) im Blute gefunden worden und können also nicht als für die Leukämie pathognomonisch angesehen werden.

Man hat schliesslich geglaubt, dass die sogenannten Markzellen (»cellules médullaires» CORNIL'S), die ich näher beschrieben habe und die von den grobgranulirten (eosinophilen) Zellen mit dem Epitheton, das soeben erwähnt wurde, zu unterscheiden sind, für die Leukämie charakteristisch seien. In den beiden von mir angeführten Leukämiefällen fanden sich diese Zellen in grosser Zahl, und in ihnen waren neutrophile Granulationen in besonders reichlicher Menge nachweisbar. Wie ich bereits erwähnt habe, betrachtete EHRLICH diese mononucleären neutrophilen Zellen als das sicherste und feinste Reagens einer auf leukämischer Basis beruhenden Myelämie. Man hat indessen in den letzten Jahren nachgewiesen, dass diese Zellen auch bei vielen anderen Gelegenheiten, wie malignen Tumoren: Cancer und Sarkom (REINBACH, EPSTEIN u. a.), hereditärer Syphilis (LOOS), Urämie, nach dem Anfall (NEUSSER), und bei Chlorosis[1]) (HAMMERSCHLAG und NEUDÖRFER) im Blute vorkommen. SCHLESINGER und HAMMERSCHLAG glauben diese Zellen in einzelnen Exemplaren sogar unter physiologischen Verhältnissen gefunden zu haben. Man ist solchergestalt schliesslich

---

[1]) In seiner erst neulich herausgegebenen Monographie über die Chlorose sagt v. NORDEN, dass er diese Zellen trotz eifrigen Suchens niemals habe finden können. In den 8 Fällen von Chlorosis, die ich selbst untersucht habe, sind diese Zellen ebenfalls nicht zu finden gewesen.

zu der Ansicht gelangt, dass keine einzige der bei Leukämie im Blute vorkommenden Zellenformen, nicht einmal die Markzellen oder deren Mitosen, für diese Krankheit charakteristisch sind.[1])

Es dürfte deshalb ziemlich schwer sein, bestimmte, für jeden Fall anwendbare differentialdiagnostische Scheidezeichen zwischen Leukämie und Leukocytose aufzustellen. RIEDER glaubte in seiner im Jahre 1892 herausgekommenen Monographie auf die Schwierigkeit dieser Aufgabe hinweisen zu müssen. Wir müssen bekennen, dass die in den letzten Jahren gewonnene Erfahrung die Sache gerade nicht leichter gemacht hat. Glücklicherweise bietet sich in der Praxis in den meisten Fällen der Unterscheidung zwischen Leukocytose und Leukämie keine Schwierigkeit dar. Die letztgenannte Krankheit zeigt durch die Polymorphie der Veränderungen ein so charakteristisches Blutbild, dass man in den meisten Fällen beim ersten Blick durch das Mikroskop auf das Blutpräparat die Diagnose stellen kann. Die folgende Definition des Begriffes Leukocytose dürfte für das practische Bedürfniss vollkommen hinreichend sein.

Unter Leukocytose versteht man eine mässige und gewöhnlich übergehende Vermehrung der schon unter normalen Verhältnissen im Blute vorkommenden weissen Zellenelemente, welche hauptsächlich die polynucleären neutrophilen Leukocyten trifft und nicht als eine selbständige Krankheit, sondern nur als ein Symptom gewisser physiologischer Processe und verschiedener sowohl acuter, wie chronischer Krankheiten aufzufassen ist.[2])

---

[1]) Ebenso wenig dürfte man hoffen können, dass die sogenannten γ- und δ-Granulationen, die in klinischer Hinsicht noch ziemlich wenig studirt zu sein scheinen, sich für die Diagnose der Leukämie als von Werth erweisen werden.

[2]) Unter Lymphocytose versteht S. KLEIN eine Vermehrung der kleinen mononucleären Zellen. Diese »Art von Leukocytose» betrachtet er als für viele Krankheiten und für gewisse Stadien verschiedener Krankheiten charakteristisch. Selbst hat er diese Veränderung des Blutes bei Milztumoren, Struma, Morbus Basedowii und Nephritis konstatirt. Er bemerkt ferner, dass sie von EHRLICH bei schweren Anämien und Chlorose, von RIEDER bei Rachitis, von BIEGANSKI und RILLE bei Syphilis und von NEUSSER bei Hämophilie und Lymphodermia perniciosa gefunden worden ist. Im allgemeinen scheint die Vermehrung sämmtlicher Leukocyten bei diesen Lymphocytosen, ausser bei einer derselben, der sogenannten Lymphodermia perniciosa (GOLLASCH), nicht besonders hochgradig zu sein. Das Blutbild, das solche hochgradige Lymphocytosen darbieten, dürfte vollständig mit demjenigen übereinstimmen, welches wir in gewissen Fällen von lymhpatischer Leukämie finden.

Eine Vermehrung der grossen mononucleären Zellen, eine sogenannte »grosszellige Lymphocytose», soll nach KLEIN im Schlussstadium der Scarlatina, bei Pneumonie mit verspäteter Resolution sowie bei Anämia infantum pseudoleukämica, Rachitis, Lues, Variola und Morbilli vorkommen.

Acceptiren wir diese Definition, so müssen wir von der Gruppe der Leukocytosen die Veränderungen des Blutes trennen, die, obschon sie in Fällen angetroffen worden sind, wo Leukämie mit Sicherheit auszuschliessen war, gleichwohl mit den bei dieser Krankheit vorkommenden Blutveränderungen identisch sind.

Der Unterschied zwischen diesen *secundären symptomatischen Leukämien*, eine Benennung, die ich für diese Blutanomalien vorschlagen möchte, und der wirklichen essentiellen Leukämie ist vollständig mit dem Unterschied zwischen der primären perniciösen Anämie und den anderen Anämien analog, die in Bezug auf das Blut völlig mit dieser Krankheit übereinstimmen, aber gleichwohl als secundäre Anämien zu bezeichnen sind (die Botriocephalusanämie und gewisse secundäre Anämien bei Cancer).

VI. Ueber die Genesis und die Eintheilung der Leukocytose.

Nach VIRCHOW, welcher wohl der erste war, der es versucht hat, das Entstehen der Leukocytose zu erklären, ist diese Veränderung des Blutes durch eine vermehrte Thätigkeit der Lymphdrüsen hervorgerufen. VIRCHOW fasste indessen diesen letzten Begriff in einer sehr ausgedehnten Bedeutung, indem er darauf hinwies, dass sich, ausser in den wirklichen Lymphdrüsen, auch an anderen Stellen sogenanntes lymphoides Gewebe im Körper findet, so z. B. im Darme, in den Peyer'schen Haufen und solitären Follikeln, in den Tonsillen und den Follikeln an der Zungenwurzel u. s. w. Jeder Zustand, der eine vermehrte Thätigkeit dieser Organe hervorruft, hat also zur Folge, dass weisse Blutkörperchen in grösserer Zahl in die Blutmasse übertreten. Die Pneumonien, welche mit bedeutender Anschwellung der Peribronchialdrüsen verlaufen, sollten also mit einer Leukocytose vereinigt sein, diejenigen aber, bei denen eine solche Anschwellung fehlt, der Leukocytose ermangeln.

VIRCHOW's Lehre von der Bedeutung der Drüsenanschwellung für das Entstehen einer Leukocytose wurde indessen durch die klinische Forschung nicht bestätigt. HALLA, TUMAS u. a. zeigten, dass bei Abdominaltyphus, ungeachtet der bedeutenden Anschwellung des lymphoiden Gewebes in den Därmen, keine

Leukocytose auftritt. Durch diese Entdeckung verlor die VIRCHOW'sche Ansicht eine wichtige Stütze.

EHRLICH's und EINHORN's Untersuchungen der morphologischen Verhältnisse der weissen Blutkörperchen bei leukocytotischen Zuständen waren ebenfalls nicht geeignet, diese Lehre zu stützen. Diese Forscher fanden bei verschiedenen mit Leukocytose vereinigten Krankheiten (Erysipelas, Pneumonie, Schwefelsäurevergiftung) eine bedeutende procentische Verminderung der mononucleären Zellen und eine Vermehrung der polymorphkernigen und der polynucleären. Eine vermehrte Thätigkeit der Lymphdrüsen würde eher eine vermehrte Bildung einkerniger Zellenelemente und hieraus entstehender »Lymphocytose» zur Folge gehabt haben.

Durch die Untersuchungen LEBER's, MASSART's, BORDET's, GABRITSCHEWSKY's u. a. war, wie schon erwähnt wurde, dargethan worden, dass die weissen Blutkörperchen den Gesetzen für die Chemotaxis[1]) unterworfen sind. Mit verschiedenen Substanzen gefüllte Röhren wurden unter aseptischen Cautelen in den thierischen Organismus eingeführt, und man fand hierbei, dass einige Stoffe das Vermögen besitzen, die weissen Blutkörperchen an sich zu ziehen, während andere ohne Einwirkung auf sie waren, ja GABRITSCHEWSKY beobachtete sogar, dass einige Stoffe die Leukocyten abstossen. Auf Grund hiervon unterschied man zwischen positiven und negativen chemotaktischen Substanzen und indifferenten Stoffen. Diese Beobachtungen suchten mehrere Forscher (v. LIMBECK, GOLDSCHEIDER, JACOB u. a.) für die Erklärung der Leukocytose anzuwenden.

v. LIMBECKS Theorie habe ich bereits Gelegenheit gehabt zu berühren. Er stellte die Leukocytose mit der Exsudatbildung in nahen Zusammenhang. Die in den thierischen Körper gelangten Mikroorganismen oder deren Umsetzungsproducte üben auf die Leukocyten eine Fernwirkung aus, wodurch diese massenhaft in den Kreislauf getrieben werden. Die stärkste Wirkung entsteht, wenn lebenskräftige Eitermikrococcen an einer bestimmten Stelle zur Ansiedlung kommen. Hier entsteht nun zu Folge der Entwicklung der Bacterien eine lebhafte Neubildung von bacteriellen Umsatzproducten, die einerseits eine

---

[1]) Erst neulich hat v. SICHERER (Münch. Med. Wochenschrift, 1896, N:o 41) zu beweisen vermocht, dass diese Chemotaxis sich auch in Bezug auf die vom thierischen Körper isolirten Leukocyten geltend macht.

locale Reaction, anderseits eine allgemeine Leukocytose verursachen.

Sich auf seine eigenen und auf BUCHNERS Untersuchungen stützend, stellte RÖMER eine neue Theorie zur Erklärung der Leukocytose auf. Von den todten Bacterien oder von Zellen, die von dem angegriffenen Organismus herstammen und sich an der Stelle des inflammatorischen Prozesses befinden, gehen in das Blut ein Theil Stoffe über, von denen vornehmlich die ersten Umsetzungsproducte, die sog. Bacterienproteine, eine formative Wirkung auf die weissen Blutkörperchen ausüben, die sich in Folge hiervon in dem circulirenden Blute (doch nicht überall, sondern nur in dem venösen Systeme) vermehren und eine Leukocytose verursachen.

RÖMERS Theori wurde von LÖWIT angegriffen. Vor allem suchte dieser, und, wie es scheint, nicht ohne Erfolg, nachzuweisen, dass RÖMERS Ansicht von einer Neubildung der Leukocyten in der Blutmasse selbst unrichtig sei. Nach LÖWIT geht der Leukocytose stets ein Stadium voraus, wo die Anzahl der weissen Blutkörperchen vermindert ist. Diesen Zustand des Blutes nannte er *Leukopenie*, wenn er durch Abkühlung des Versuchtsthieres, *Leukolysis* dagegen, wenn er durch Injection verschiedener Substanzen: Bacterienproteine, Hemialbumose, Pepton etc., hervorgerufen war. In dem letzteren Falle hatte die Verminderung der Leukocyten in ihrer Zerstörung und Auflösung ihren Grund. Hatte nun eine solche Verminderung der weissen Blutkörperchen im circulirenden Blute stattgefunden, so strebte der Organismus, den Verlust des Blutes an weissen Blutkörperchen durch junge, von den blutbildenden Organen in die Blutmasse gesendete leukocytäre Elemente zu ersetzen, und hierdurch entstand nach einer primären *Leukolysis* oder *Leukopenie* eine *secundäre Leukocytose*. Die Lehre von der Chemotaxis spielt in LÖWIT's Erklärung des Entstehens der Leukocytose keine Rolle.

SCHULZ, der bei den Thierversuchen, die er anstellte, um die Genesis der Leukocytose zu studiren, ebenfalls fand, dass der Vermehrung der weissen Blutkörperchen eine Verminderung derselben vorausgeht, sah die Ursache dieser Verminderung durchaus nicht in einer Zerstörung der weissen Blutkörperchen (Leukolysis). Ebensowenig beruht nach ihm die Leukocytose auf einer vermehrten Neubildung von Leukocyten oder einer

vermehrten Absonderung derselben von blutbildenden Organen. Durch seine Experimente glaubte er bewiesen zu haben, dass die Leukocytose (namentlich die inflammatorische) durch eine Veränderung der Vertheilung der Leukocyten im Gefässysteme erklärt werden kann.

Auch RIEDER nahm an, dass die Leukocytose zum grössten Theil in einer abnormen Vertheilung der in der Blutmasse vorkommenden Leukocyten zu Gunsten der peripherischen Gefässgebiete beruht.

Die neueste Theorie von der Genesis der Leukocytose ist von GOLDSCHEIDER und JACOB aufgestellt worden. Diese Forscher zeigten, dass die Verminderung in der Anzahl der Leukocyten (*Hypoleukocytose*), die beim Versuchsthiere bei Injection einer gewissen Substanz als erstes Stadium erhalten wurde, ihre Ursache darin hatte, dass die Leukocyten, besonders die polynucleären, sich in dem Capillarsystem gewisser innerer Organe (namentlich in demjenigen der Lungen) anhäuften und dort festgehalten wurden. Die nachfolgende *Hyperleukocytose* dahingegen betrachteten sie als dadurch entstanden, dass die eingespritzten Substanzen (durch chemotaktische Wirkung) eine vermehrte Zufuhr von Leukocyten aus den blutbildenden Organen, speciell dem Knochenmark, hervorrufen, wo weisse Blutkörperchen, auch polynucleäre, aufgespeichert liegen und fertig sind, bei vorkommendem Bedürfniss in das circulirende Blut gesendet zu werden. Die *Menge* der wirkenden Substanzen spielt indessen bei dem Entstehen der Hypo- und der Hyperleukocytose eine wesentliche Rolle. Je nach der Concentration, welche die Stoffe besitzen, wenn sie die Gewebe treffen, wird auf die Leukocyten eine attrahirende oder repellirende Wirkung ausgeübt (positive oder negative Chemotaxis). Bei Einspritzung einer mässigen Dosis einer Substanz werden die Leukocyten von dieser Substanz zuerst abgestossen, und dieselben sammeln sich dann in dem Capillärsystem der inneren Organe an, wodurch eine Hypoleukocytose entstehe; wenn aber nachher die Substanz durch Vermischung mit den Gewebesäften verdünnt worden ist, vermag sie auf die in den blutbildenden Organen befindlichen Leukocyten eine attrahirende (»anlockende») Wirkung auszuüben und sie in den Kreislauf des Blutes herauszuziehen, wodurch eine Leukocytose hervorgerufen werde. Bei den Infectionskrankheiten, die mit einer Leukocytose ver-

laufen, habe man selten Gelegenheit, das erste Stadium (der Hypoleukocytose) zu beobachten. GOLDSCHEIDER und JACOB verneinen nicht, dass ein solches Stadium in gewissen Fällen vorkommt, doch sei es niemals konstant, eher umgekehrt. Die Bildung der chemotaktisch wirkenden Stoffe dürfte wohl auch bei den Infectionskrankheiten nach und nach geschehen. Je nachdem die Mikroorganismen sich mehr und mehr vermehren und entwickeln, gelangen kleine Mengen derselben oder ihrer Umsetzungsproducte in den Kreislauf des Blutes. Die Concentration werde nie so stark, dass eine Repulsion der Leukocyten zu Stande kommt, sondern es trete durch wiederholte kleine Dosen chemotaktisch wirkender Stoffe allmählich die attrahirende Kraft in Wirksamkeit und es entstehe eine Leukocytose.

Wie man sieht, weichen die Ansichten der verschiedenen Autoren sehr von einander ab. Viele der Theorien der verschiedenen Forscher zu Grunde liegende Thatsachen sind indessen, wie spätere Forschungen ergeben haben, unrichtig gedeutet worden, und viele hat man auch von verschiedenen Seiten ganz verneint. So bekam v. LIMBECK's Theori, in welcher ein naher Zusammenhang zwischen der Leukocytose und der Exsudatbildung angenommen wurde, einen schweren Stoss, als man fand, dass sich in mehreren Fällen, wo kein Exsudat vorhanden war, eine Leukocytose konstatiren liess. Wie ich bereits erwähnt habe, konnte LÖWIT die Thatsachen, auf denen RÖMER seine Hypothese von der Vermehrung der Leukocyten im Blute bei Leukocytose aufbaute, nicht konstatiren. Seinerseits wurde auch LÖWIT angegriffen. Seine Theorie von der Hypoleukocytose als durch eine Zerstörung der weissen Blutkörperchen verursacht, verlor in nicht geringem Grade an Wahrscheinlichkeit, als GOLDSCHEIDER und JACOB u. a. darthaten, dass sich dieses Phänomen leicht durch die Anhäufung der Leukocyten in dem Capillarsystem der inneren Organe erklären lässt.

Schliesslich sind auch gegen SCHULZ's Theorie, hauptsächlich weil die Ergebnisse der Untersuchungen, welche derselben zu Grunde liegen, gegen die von verschiedenen anderen Forschern erhaltenen streiten, Anmerkungen erhoben worden.

So viel ich habe finden können, dürfte von allen den hier erwähnten Erklärungen der Genesis der Leukocytose die von GOLDSCHEIDER und JACOB gegebene die annehmlichste sein.

Das, was vor allem die Theorie dieser Forscher ansprechend macht, ist, dass die experimentellen Forschungen, welche derselben zu Grunde liegen, von verschiedenen Seiten (SEMJAKIN, MORSE u. a.) bekräftigt worden sind.

GOLDSCHEIDERS und JACOBS Hypothese hat hauptsächlich auf die Leukocytose, welche bei Infectionskrankheiten auftritt (die inflammatorische Leukocytose) Anwendung. Die beiden Forscher bestreiten auch nicht, dass für andere Formen andere Erklärungsgründe in Frage kommen können. Man muss auch zugeben, dass es eine einheitliche Ursache der Vermehrung der Leukocyten, die man so oft unter verschiedenen physiologischen und pathologischen Verhältnissen findet, nicht geben kann.

Vom klinischen Gesichtspunkte aus kann man die Leukocytose in folgende verschiedene Formen eintheilen (v. LIMBECK's Schema):

1. Physiologische Leukocytose.
   a) Verdauungsleukocytose.
   b) Leukocytose der Schwangeren.
   c) Leukocytose der Neugeborenen.
2. Pathologische Leukocytose.
   a) Entzündliche Leukocytose.
   b) Die durch bösartige Tumoren verursachte Leukocytose[1])
   c) Die posthämorrhagische Leukocytose.
   d) Die agonale Leukocytose.
3. Leukocytose durch medicamentöse und andere Eingriffe.

Es war ursprünglich meine Absicht, eine klinische Studie über die Leukocytose unter allen ihren Formen zu liefern. Ich habe mich indessen genöthigt gesehen, mich auf einen Theil des ausgedehnten Gegenstandes zu beschränken, und ich will nun in Folgendem über die Untersuchungen berichten, die ich über den Einfluss der Mahlzeiten auf den Leukocytengehalt des Blutes und über die Veränderungen in der Anzahl der weissen Blutkörperchen bei einem Theil acuter Krankheiten, Vergiftungen und einigen anämischen Zuständen angestellt habe.

---

[1]) Von ESCHERICH stammt die Benennung hydrämische Leukocytose her. Hiermit meinte er eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen, die er bei hydrämischen Zuständen, wie vorgeschrittener Lungenphthisis, Nephritis, Chlorosis und langdauernden Knocheneiterungen gefunden hatte und deren Ursache er in einer Vermehrung und Verstärkung des Lymphstromes sah.

VII. Die sogenannte Verdauungsleukocytose und ihre diagnostische Bedeutung.

Es ist schon lange her, seit NASSE um die Mitte dieses Jahrhunderts die Behauptung aussprach, dass »nach reichlichen Mahlzeiten die Chyluskörperchen im Blute die Mehrzahl bilden müssten, während nach längerem Hungern fast nur Lymphkörperchen im Blute aufträten», und wenn wir bei demselben Autor lesen: »Bei gut genährten Thieren findet man sie (die Chyluskörperchen) in der Regel in einer grösseren Zahl; nach dem Hungern nehmen sie ab», so haben wir eine Andeutung der nachher von vielen Forschern gefundenen Thatsache, dass die Zahl der weissen Zellen im Blute nach einer Mahlzeit vermehrt ist. Die erste directe Angabe dieses Verhältnisses stammt von MOLESCHOTT und DONDERS her. Nach jenem soll das Verhältniss der weissen Blutkörperchen zu den rothen 4 Stunden nach dem Frühstück gleich 1 : 466 und 2 Stunden nach einer eiweissreichen Mahlzeit gleich 1 : 282 sein. Diese Angaben MOLESCHOTT's wurden nachher von HIRT, MARFELS, DE PURY und LORANGE bestätigt und galten in der medicinischen Litteratur während mehr als zwei Jahrzehnten als erwiesene Thatsachen. Sie finden bei VIRCHOW einen Ausdruck, wenn er in seiner Cellularpathologie (4 Aufl., 1871, S. 229) sagt. »Dabei (einige Zeit nach einer Mahlzeit) beobachtet man zugleich eine Vergrösserung der Lympdrüsen und ebenso nach jeder Mahlzeit eine Zunahme in der Zahl der farblosen Körperchen im Blute, eine physiologische Leukocytose». In den siebziger Jahren wurde indessen von vielen, namentlich den französischen Forschern, GRANCHER, BOUCHUT und DUBRISAY u. a., das Bestehen einer Verdauungsleukocytose bestritten. Diesen Forschern hat sich auch HALLA angeschlossen, während anderseits die Lehre von der alimentären Vermehrung der weissen Zellen im Blute in SÖRENSEN (1876) und DUPÉRIÉ (1878) neue Vertheidiger fand. MALASSEZ nahm, wie es scheint, eine Mittelstellung ein, indem er einerseites mit GRANCHER übereinstimmt, dass die Ursachen der Variationen der Leukocytenzahl noch unbekannt seien, anderseits aber glaubt, einen gewissen Einfluss der Nahrung auf die Zahl der weissen Zellen im Blute nicht

läugnen zu können. Er sagt nämlich: »Il serait très possible — — — — que les aliments gras, par exemple, qui sont surtout absorbés par les voies lymphatiques, aient sur le nombre des globules blancs une influence toute autre que les aliments féculents et azotés. Il suffirait alors que la proportion des divers aliments et boissons soit changée pour que le nombre de globules blancs soit modifié dans un sens ou dans l'autre.«

Im Jahre 1887 veröffentlichte HOFMEISTER seine hochinteressanten Untersuchungen über die Resorption und Assimilation der Nährstoffe. Er weist nach, dass bei Katzen nach reichlichem Genuss von Nahrung eine bedeutende Anhäufung von Lymphzellen in den Lymphräumen des Magens und Darmes stattfindet. Da er hier auch zahlreiche in Theilung begriffene Zellen fand, kam er zu der Schlussfolge, dass die Zellenneubildung im Lymphgewebe als assimilative Function des Darmes anzusehen sei. Durch diese Untersuchungen hatte man eine gewissermassen anatomische Grundlage bekommen, auf welcher sich die Lehre von der alimentären Leukocytose weiter aufbauen liess, und POHL nahm sich vor, den Gegenstand näher an Thieren zu studiren. Er fand hierbei, dass nach einer Mahlzeit von eiweissartigen Substanzen das Darmvenenblut reicher an Leukocyten als das Darmarterienblut war. Im circulirenden Blute konnte er auch 1 Stunde nach der Mahlzeit eine Erhöhung der Leukocytenzahl konstatiren, die nach 3 Stunden ihr Maximum erreicht hatte, um darnach wieder abzunehmen. Von den untersuchten Stoffen bewirkten Fleisch, Pepton und Leimpepton eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen, während dagegen Kohlhydrate, Salz, Wasser, Fleischextract ohne Einfluss auf die Zahl der Leukocyten waren. Man kann sagen, dass POHL für das Studium der Verdauungsleukocytose eine neue Methode einführte, indem er nachgewiesen hat, dass eine gewisse vorhergegangene Hungerperiode nothwendig ist, um die Vermehrung der Leukocyten deutlich hervortreten zu lassen.

Es waren wohl insbesondere die planmässigen Untersuchungen POHL's, die R. MÜLLER und v. LIMBECK Anlass gaben, die Verdauungsleukocytose bei Menschen genauer zu studiren. Bei einer grossen Reihe gesunder und kranker Individuen haben diese Forscher Untersuchungen über die alimentäre Leukocytose angestellt. Sie fanden, dass bei der Mehrzahl

der gesunden Menschen, besonders wenn der Probemahlzeit eine mehr oder weniger lange Fastenperiode vorausgeht, eine Verdauungsleukocytose nachweisbar ist. v. LIMBECK betont indessen, dass nicht alle gesunden Personen eine Verdauungsleukocytose zeigen und dass ihr Verhalten bei einem und demselben Individuum nicht unbedeutend wechseln kann. Weitere Untersuchungen über den Gegenstand, die von GRIGORESCU, REINERT, V. JAKSCH, SCHULZ, HORBACZEWSKI, RIEDER und SADLER geliefert wurden, scheinen alle die Existenz der alimentären Leukocytose bei dem Menschen zu bestätigen. RIEDER, der eine grosse Reihe solcher Untersuchungen gemacht hat, konnte sie, wie vorher V. JAKSCH, auch bei Kindern konstatiren.

In den letzten Jahren hat man die Aufmerksamkeit auch auf die diagnostische Verwerthbarkeit der Verdauungsleukocytose gerichtet. Schon MÜLLER hatte in 5 Fällen von Magencarcinom ein Fehlen der Verdauungsleukocytose beobachtet, und 1895 suchte SCHNEYER nachzuweisen, dass das Verhalten der alimentären Leukocytose bei Ulcus rotund. und Carcinoma ventr. in differentialdiagnostischer Hinsicht angewandt werden könne. In 18 Fällen von Magencarcinom mit oder ohne freie Salzsäure fand er diese Leukocytose nicht, während er sie in 7—8 Fällen von Ulcus nachzuweisen vermochte. Jüngst hat HASSMANN, der unter der Leitung SCHUR's arbeitete, sich gegen ein allzugrosses Vertrauen zu diesem diagnostischen Mittel geäussert, indem er zwei Fälle von Magencarcinom anführt, wo eine Verdauungsleukocytose nachweisbar war. Dagegen aber fehlte dieselbe in 2 Fällen von Ulcus. Das Vorkommen der Verdauungsleukocytose bei Magencarcinom kann nach HASSMAN einerseits durch »Resorptionstüchtigkeit des Magens und anderseits, beim Fehlen dieser Resorptionstüchtigkeit, durch gleichzeitiges Nichtvorhandensein einer Stagnation» erklärt werden. Das Fehlen der Verdauungsleukocytose in den zwei Fällen von Ulcus will er durch das gleichzeitige Vorkommen eines Katharrhes und einer Verengerung des Pylorus erklären. Auch ASCOLI, der jüngst sich mit dieser Frage beschäftigte, scheint eine reservirte Haltung gegen die diagnostische Verwerthbarkeit der Verdauungsleukocytose einzunehmen. Während also in den letzten Jahren alle Untersuchungen die Existenz einer alimentären Leukocytose zu bestätigen scheinen und jüngst GRAWITZ und v. LIMBECK in ihren grossen Monographien sich in derselben Richtung äussern

Tabelle V.

	7,30—7,45 U. Vm.	8 U. Vm.	8,15—8,30 U. Vm.	8,30—9 U. Vm.	9,15—9,45 U. Vm.	10—10,15 U. Vm	10,45—11,15 U. Vm.	11,30—12,15 U. Vm.	12,30—1,15 U. Nm.	1,30—2,15 U. Nm.	2,30—3,15 U. Nm.	3,30—4,30 U. Nm.	5 U. Nm.	Zunahme der Leukocyten. Grösste.	Zunahme der Leukocyten. Stdn-zahl.	Bemerkungen.
Mann, 18 J.	—	—	—	6760	—	Mahlzeit	6600	7440	8280	9060	9400	—	—	2640	5	14 Stunden gefastet.
Mann, 27 J.	4900	5400	Mahlzeit	5200	5200	5400	5500	5300	6200	7300	6200	6400	—	2150	6	15 Stunden gefastet.
Mann, 32 J.	—	5800	5500	Mahlzeit*	6700	6000	6500	6600	6400	6300	7000	6800	—	1350	6	16 Stunden gefastet.
Mann, 23 J.	—	—	4400	5000	Mahlzeit	5600	5600	6900	7600	8500	8300	—	—	3800	5	12 Stunden gefastet.
Mann, 24 J.	—	—	—	5000	4800	Mahlzeit	5000	5900	5700	6500	6800	7100	—	2200	6	13 Stunden gefastet.
Weib, 43 J.	5100	Mahlzeit	—	4700	—	5500	6400	6500	6700	6900	6700	6400	(7000)	1800	6	12 Stunden gefastet.
Mann, 26 J.	7000	7000	Mahlzeit	5500	—	6100	6400	6300	6700	8100	6300	6600	—	1100	6	11 Stunden gefastet.
Mädchen, 11 J.	—	7100	7100	Mahlzeit		7100	7900	7600	7300	10900	—	—	—	3800	5	13 Stunden gefastet.

* Um 9 Uhr, eine halbe Stunde nach der Mahlzeit, 5600 Leukocyt. im Kbmm.

hat Niemand das Vorhandensein dieser Art von Leukocytose zu leugnen versucht. REINECKE (1889) ist meines Wissens der letzte Gegner der Lehre von der Verdauungsleukocytose.

Als ich an meine Untersuchungen über die alimentäre Leukocytose ging, war es meine Hauptabsicht, die Angaben SCHNEYERS über ihre differentialdiagnostische Bedeutung bei Ulcus und Carcinom näher zu prüfen. Es war indessen nothwendig, mir vorher eine eigene, auf eigene Versuche gegründete Vorstellung von der Verdauungsleukocytose unter physiologischen Verhältnissen zu verschaffen. Bei den Untersuchungen, die ich in dieser Absicht anstellte, wandte ich die von SCHNEYER angegebene Probemahlzeit, 1 Liter Milch und 2 Eier, an. Eine 11—16 Stunden lange Hungerperiode ging immer der Probemahlzeit voraus. In der nebenstehenden kleinen Tabelle (N:o V) habe ich die Resultate meiner Untersuchungen bei 8 gesunden Personen zusammengestellt.

Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, wie in allen Fällen nach der Probemahlzeit eine Vermehrung der Leukocyten im Blute nachweisbar war. Diese Vermehrung schwankte zwischen 3800 und 1100 und erreichte ihren höchsten Grad 5 bis 6 Stunden nach der Probemahlzeit.

Im welchem Grade hing nun diese Vermehrung der Leukocyten von der Probemahlzeit ab? Um auf diese Frage eine Antwort zu geben, entschloss ich mich, die Variationen der Leukocytenzahl während eines Tages absoluten Fastens näher zu studiren. Von den vorher auf alimentäre Leukocytose untersuchten Personen standen mir hierfür leider nur 2 zur Verfügung. Von diesen zwei und vier anderen Personen wurden nun während eines Hungertages Blutproben mit gewissen Zwischenzeiten genommen und auf die Leukocytenzahl geprüft. Die nachstehende Tabelle (N:o VI) liefert eine Uebersicht der gewonnenen Resultate.

Sehen wir diese Tabelle ein wenig näher an, so finden wir Differenzen der Leukocytenzahl, die gar nicht unbedeutend sind. RIEDER bezeichnet es als »wahrscheinlich», dass auch unabhängig von der Nahrungszufuhr Schwankungen in der Leukocytenzahl bestehen. Bei den Untersuchungen, die er in dieser Richtung anstellte, bewegten sich indessen diese Schwankungen innerhalb engerer Grenzen bei Nahrungsabstinenz, als nach einer Probemahlzeit. Leider hat er diese seine Kontrolluntersuchungen nicht veröffentlicht. Nach meinen Tabellen zu urtheilen,

Tabelle VI.

	8—8,30 U. Vm.	9,45—10,15 U. Vm.	11,15—11,45 U. Vm.	12,45—1,30 U. Nm.	2—3 U. Nm.	3,30—4 U. Nm.	4—5 U. Nm.	5,15—5,30 U. Nm.	6,30—7,30 U. Nm.	8,15—9,15 U. Nm.	Grösste Differenz.
Mann, 32 J. Gesund	5400	6100	6000	5800	5800	7800	7600	6000	7800	7600	2400
Mann, 52 J. Neurasthenia	8800	7400	6800	6000	7000	8100	—	7700	6300	6700	2800
Weib, 20 J. Hysteria	7700	8400	7900	7800	8000	—	7800	—	7900	7900	700
Mann, 31 J. Epilepsia	7300	7800	6600	8100	8100	7700	8800	—	7000	7300	2200
Weib, 31 J. Gesund	5200	6200	7100	8100	7800	6400	—	5500	5700	5700	2900
Weib, 43 J. Gesund	5800	5900	7200	7200	7500	—	5500	—	6200	6100	2000

sämmtliche Personen seit 6 Uhr vorigen Abe d fastend.

scheint es mir, als ob dieser Unterschied kein grosser wäre. Bemerkenswerth ist es auch, dass die zwei Personen, die in den beiden verschiedenen Zuständen untersucht wurden (N:o 3 u. 6, Tab. V, und N:o 1 u. 6, Tab. VI), grössere Differenzen im Hungerzustande als nach der Probemahlzeit zeigten.

Meines Dafürhaltens ist es daher vollkommen unbefugt, die Vermehrung der Leukocyten, die ich nach der von mir angewandten Probemahlzeit gefunden habe, von der Nahrungszufuhr abzuleiten.

Die höhere Mittelzahl der grössten Differenzen der ersten Untersuchungsreihe könnte vielleicht den Verdacht erregen, dass die Mahlzeit zu diesem Verhältniss beigetragen habe.

Ich glaube indessen, dass wir, um ein solches Urtheil mit einiger Sicherheit fällen zu können, eine weit grössere Menge von Untersuchungen ausführen müssen.

Studiren wir die Tabelle, welche die Wechselungen in der Anzahl der Leukocyten bei Fasten zeigt, etwas näher, so finden wir, das zwischen 2 und 5 Uhr die Werthe vorkommen, die nicht von den Zahlen überschritten werden, welche bei den Zählungen während des folgenden Theiles des Tages erhalten worden sind. Wir finden auch, dass diese

zwischen 2 und 5 Uhr gefundenen Zahlen in allen Fällen, ausser in einem, höher als die ersten Morgenzahlen sind. Auf Grund hiervon erscheint es mir als unzweckmässig, beim Studium der alimentären Leukocytose die Probemahlzeiten auf den Morgen zu verlegen, da, unabhängig von den Mahlzeiten, im Laufe des Vormittags nicht unbedeutende Wechselungen (bis zu 2,900 in einem meiner Fälle) in der Anzahl der Leukocyten vorkommen. Als zweckmässig betrachtete ich es, die Probemahlzeiten zwischen 4 und 5 Uhr Nachm. zu geben. Wurde dann eine deutliche Vermehrung in der Anzahl der Leukocyten erhalten, so war mehr Grund vorhanden, dieselbe als durch die eingenommenen Nahrungsmittel hervorgerufen zu betrachten. Von diesen Principien ausgehend, führte ich folgende Untersuchungen aus: 7 Personen bekamen nach einer vorhergegangenen Hungerperiode von 19—21$^1/_2$ Stunde

Tabelle VII.

	3—3,30 U. Nm.	3,30—4 U. Nm.	4,15—4,45 U. Nm.	5—5,30 U. Nm.	6—6,30 U. Nm.	6,45—7,15 U. Nm.	8—8,30 U. Nm.	9—9,30 U. Nm.	10—10,30 U. Nm.	11—11,15 U. Nm.	Grösste Differenz im Verhältniss zu der Anfangszahl.
Weib, 31 J., gesund, 19 Stund. gefastet	7700	Mahlzeit	7800	7000	5200	7000	6300	6900	6300	—	+ 100
Mann, 31 J., Epileptiker, 21$^1/_2$ Stund. gefastet.	8300	Mahlzeit	6500	—	6600	6200	6400	6000	6000	5600	Verminderung
Weib, 43 J., gesund, 18 Stund. gefastet	6700	Mahlzeit	—	5500	5800	5900	6400	6000	5900	6100	Verminderung
Mann, 32 J., gesund, 20$^1/_2$ Stund. gefastet	6500	Mahlzeit	7200	6900	6000	7100	5500	5400	5900	6200	+ 700
Mann, 27 J., gesund, 19 Stund. gefastet	5800	Mahlzeit	5100	5500	5700	6100	5600	5100	5500	5500	+ 300
Weib, 31 J., gesund, 20 Stund. gefastet	5400	Mahlzeit	5200	5300	5800	5600	4200	5400	5500	5700	+ 400
Weib, 20 J., gesund, 20$^1/_2$ Stund. gefastet	7500	Mahlzeit	6600	6300	6800	6100	7200	6200	7500	6200	± 0

gegen 4 Uhr Nachmittags eine Probemahlzeit, die aus zwei Eiern, einem Beefsteak, einem Liter Milch und einem Weissbrötchen bestand. Hierauf wurden Leukocytenzählungen mit Zwischenzeiten von einer Stunde (im allgemeinen wurden die Leukocyten auch nach der ersten halben Stunde gezählt) während der folgenden 7 Stunden vorgenommen. Die Ergebnisse dieser Zählungen sind aus der nebenstehenden Tabelle zu ersehen.

Wie diese Tabelle zeigt, wurde in 2 Fällen eine Verminderung in der Anzahl der Leukocyten nach der Mahlzeit erhalten und in einem Falle der Anfangswerth erreicht. In den übrigen vier Fällen wurde hin und wieder eine unbedeutende Vermehrung der Leukocyten konstatirt, die zwischen 100 und 700, also zwischen Werthen variirte, welche die Grenze für die Fehlzählung unter- oder unbedeutend übersteigen. So viel ich finden kann, sprechen diese Resultate ziemlich bestimmt gegen das Vorkommen einer alimentären Vermehrung der Anzahl der weissen Blutkörperchen bei dem erwachsenen Menschen. Der Probemahlzeit war eine sehr lange Fastenperiode vorhergegangen, die länger als die von den meisten anderen Forschern angewandte war. Eine an Eiweisstoffen reiche Probemahlzeit war verzehrt worden, und die untersuchten Individuen waren alle bis auf eines, einen Epileptiker, gesund. Keines zeigte Zeichen einer gestörten Verdauung oder einer Blutanomalie.

Ich sehe sehr gut ein, dass eine grössere Versuchsserie wünschenswerth wäre, um den von mir oben angedeuteten Schluss mit voller Sicherheit ziehen zu können. Da indessen die ausgeführten 7 Untersuchungen alle ein vollkommen übereinstimmendes Resultat gegeben haben, muss ich ihnen eine recht grosse Bedeutung beilegen. Der Einfluss verschiedener Probemahlzeiten auf die Leukocytenzahl sollte ebenfalls geprüft werden; doch mag es künftigen Forschern überlassen sein, diese von mir erhaltenen Ergebnisse durch neue und umfassendere Untersuchungen zu kontroliren. Durch Verlegung der Probemahlzeiten auf die Nachmittagsstunden glaube ich indessen, dass die Aussicht für eine endgültige Lösung der viel umstrittenen Frage von der Existenz der alimentären Leukocytose beim Menschen grösser wird.

Wie sich die Verhältnisse bei Kindern und Thieren gestalten, darüber kann ich mich nicht äussern, da mir eigene Erfahrungen fehlen. Nach Pohl's Untersuchungen zu urtheilen scheint es indessen keinem Zweifel zu unterliegen, dass unter

gewissen Versuchsbedingungen bei Hunden eine alimentäre Leukocytose hervorgerufen werden kann. POHL hat verschiedene Kontrollversuche angestellt, theils in der Weise, dass er die Versuchtsthiere den Vormittag des Versuchstages über fasten liess, wo keine Vermehrung der Leukocyten konstatirt werden konnte, theils dass er durch Versuche mit anderen Substanzen (Fett, Salz, Wasser etc.) eine Vermehrung der Leukocyten zu Wege zu bringen suchte, was ihm nicht gelang.

Schon ehe ich die Wechselungen, denen die Anzahl der Leukocyten beim Fasten unterworfen ist, näher zu studiren begann, hatte ich bei einer Anzahl krankhafter Zustände, namentlich bei Ventrikelaffectionen, Untersuchungen in Betreff der sogenannten alimentären Leukocytose angestellt. Nachdem indessen meine Untersuchungen der physiologischen Verhältnisse Resultate gegeben hatten, die in hohem Grade geeignet waren, mir den Glauben an die Existenz der alimentären Leukocytose zu nehmen, war ich sehr zweifelhaft, ob ich über diese meine Untersuchungen bei pathologischen Fällen näher berichten sollte. Da ich indessen Ergebnisse erhalten habe, die in vielem mit den von früheren Forschern erhaltenen übereinstimmen, und da diese Ergebnisse möglicherweise für den Einen oder den Anderen, der von dem Vorhandensein einer alimentären Leukocytose beim Menschen lebhafter überzeugt ist als ich, von Interesse sein können, will ich in den hier beigefügten drei Tabellen eine Uebersicht derselben geben.

Die angewandte Probemahlzeit ist in allen Fällen die von SCHNEYER angegebene gewesen und hat also aus 1 Liter Milch und 2 Eiern bestanden. Ich glaubte diese Mahlzeit anwenden zu müssen, weil sie als leicht resorbirbar und wenig mechanisch reizend auch empfindlichen Ventrikeln gegeben werden kann. Es dürfte sich gegen diese Probemahlzeit vielleicht einwenden lassen, dass die bedeutende Menge Flüssigkeit, die sie enthält, möglicherweise verdünnend auf die Blutmasse einwirken und dadurch die alimentäre Vermehrung der Leukocyten compensiren könnte. Verschiedene Gründe sprechen indessen gegen eine solche Annahme. Ich will hier als Gegenbeweis nur LEICHTENSTERNS Untersuchungen anführen, welche zeigen, dass reichliches Wassertrinken im allgemeinen keine Verminderung des relativen Hämoglobingehaltes des Blutes und daher auch keine Verdünnung desselben zur Folge hatte. Nur in einem Falle von Morbus Brightii konnte

L. ein Sinken des Hämoglobingehaltes des Blutes konstatiren.

Werfen wir einen Blick auf die Tabelle, die eine Uebersicht von den Wechselungen in der Anzahl der Leukocyten bei Cancer ventriculi giebt, so finden wir in 4 Fällen nach den Probemahlzeiten eine Verminderung der Leukocyten. In zwei Fällen war die Erhöhung ihrer Anzahl so unbedeutend, dass sie als innerhalb der Grenzen der Fehlzählung liegend betrachtet werden kann. In vier Fällen überschritt die Erhöhung die Zahl 1000. Hier würde sich also nach SCHNEYER's Ansicht eine alimentäre Leukocytose finden. In den beiden übrigen Fällen gaben die bei verschiedenen Gelegenheiten ausgeführten Untersuchungen verschiedene Resultate; das eine Mal (in beiden Fällen) eine innerhalb der Grenzen der Fehlzählung liegende, die anderen Male eine viel bedeutendere Vermehrung der Leukocyten.

Hieraus geht hervor, dass die Verhältnisse bei Cancer keineswegs so konstant sind, wie SCHNEYER hat behaupten wollen. Gegen seine Untersuchungen kann ausserdem eingewendet werden: 1:o) dass bei seinen Bestimmungen, wie HASSMANN angemerkt hat, die Grenze der Fehlzählung vermutlich über 1000 (seinem Grenzwerth für die alimentäre Leukocytose) liegt; 2:o) dass er nach jeder Mahlzeit zu wenig Untersuchungen gemacht hat. Hätte er mehr Untersuchungen ausgeführt, so wäre das von ihm erhaltene Ergebniss möglicherweise ein anderes gewesen.

Die Tabelle, welche die Wechselungen in der Anzahl der Leukocyten bei Ulcus veranschaulicht, zeigt in allen Fällen nach den Probemahlzeiten eine Vermehrung der Leukocyten um höchstens 4,400 und wenigstens 1,000. Die Ergebnisse stimmen also gut mit den von SCHNEYER und anderen erhaltenen überein.

Zuletzt will ich in einer dritten Tabelle die Ergebnisse meiner Leukocytenbestimmungen bei einem Theil anderer Ventrikelleiden veranschaulichen, ohne mich auf nähere Betrachtungen darüber einzulassen.

Da aus meinen Untersuchungen hervorging, dass die Wechselungen in der Anzahl der Leukocyten, die man bei einer und derselben Person im Laufe des Tages findet, in keinem wesentlichen Grade durch die Mahlzeiten bedingt zu sein scheinen, entstand natürlich die Frage: können diese Variationen nicht in einer anderen Weise erklärt werden? Es ist ja eine alt-

Tabelle

Carcinoma

N:r.	Name, Stand und Alter.	Tag der Untersuchung.									
1	Karl, G. S., 47 J., Arbeiter.	9. XI. 95			9 U. V.	10 U. V.	11 U. V.	12 U. M.	1 U. N.	2,10 U. N.	
					11300	Mahlzeit	8800	12400	10600	10000	
2	Johan K., 45 J., Grossknecht.	22. I. 96		8,30 U. V.	9,30 U. V.		11 U. V.	12 U. M.	1 U. N.	2 U. N.	3 U. N.
				10300	Mahlzeit		9000	9500	8500	7500	8900
3	Johan J., 47 J., Ladenknecht.	20. V. 96		8,30 U. V.	9,5 U. V.	10,5 U. V.	11 U. V.	12 U. M.	1 U. N.	2 U. N.	2,45 U. N.
				7500	Mahlzeit	7400	8000	7800	7800	7500	7900
		30. V. 96				10,30 U. V.	11 U. V.	12 U. M.	1 U. N.	1,45 U. N.	3,15 U. N.
						5200	Mahlzeit	6200	7000	7600	7500
		1. VI. 96	8 U. V.	9,15 U. V.	9,30 U. V.	10,30 U. V.	11,30 U. V.	12,30 U. N.		2 U. N.	3 U. N.
			6200	6200	Mahlzeit	6500	6700	6200		7400	7100[1]
4	Johan A. J., 62 J., Arbeiter.	22. V. 96		8,30 U. V.	9 U. V.	10 U. V.	11 U. V.	12 U. M.	1 U. N.	2 U. N.	3 U. N.
				14100	Mahlzeit	13100	12800	10800	11300	11900	11600
5	Albertina P., 39 J., Frau.	25. XI. 96	8,30 U. V.	9 U. V.	10,15 U. V.	11,15 U. V.	12,15 U. N.	1,15 U. N.	2,15 U. N.	3,15 U. N.	5 U. N.
			9000	Mahlzeit	9000	7950	9100	8500	7500	8000	7800

[1]) Sämmtliche Blutuntersuchungen wurden vor der Operation vorgenommen.

VIII.

ventriculi.

Zunahme der Leukocyten. Grösste.	Stdn-zahl.	Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
1100	2	Pat. ist stark abgemagert. Ventrikeluntersuchung giebt bedeutende Retention, 0 HCl, zweifelhafte Milchsäurereaction (nach Boas' Probemahlzeit). Probelaparatomie — Prof. Berg — bestätigt die klinische Diagnose.	Carcinoma ventriculi.
Verminderung		Patient mager und kachectisch. Magenuntersuchung giebt bedeutende motorische Insufficienz und mässige Dilatation an. Tumor im Epigastrium palpabel. Im Ventrikelinhalt 0 HCl, aber Milchsäure (nach Boas' Probemahlzeit).	Carcinoma ventriculi.
500	2	Der Pat. mager, nicht kachectisch. In Epigastrium fühlt man einen derben, grossen Tumor, der bei der Respiration seine Lage verändert. Geringe (vorher bedeutende) motorische Insufficienz. Im Mageninhalt 0 HCl, schwache Milchsäurereaction (nach Boas' Probemahlzeit). Die klinische Diagnose wird bei der vorgenommenen Operation — Prof. Åkerman — bestätigt.	Carcinoma pylori.
2400	$2^3/_4$		
1200	$4^1/_2$		
Verminderung		Der Patient mager, nicht kachectisch. In Epigastrium fühlbarer Tumor. In ausgeheberten Mageninhalt (nach Boas' Probemahlzeit) 0 HCl, starke Milchsäurereaction.	Carcinoma ventriculi.
100	$3^1/_4$	Die Patientin ist blass. Panniculus reducirt. Anämie (55 Fleischl.). Im Epigastrium palpabler Tumor, der respiratorisch verschiebbar ist. Blutbrechen.	Carcinoma ventriculi?

N:r.	Name, Stand und Alter.	Tag der Untersuchung.									
6	Sven J. K., 62 J., Bauer.	7. I. 97	8,45 U. V.	9 U. V.	9,50 U. V.	11 U. V.	12 U. M.	1,15 U. N.	2,15 U. N.	3,5 U. N.	4,5 U. N.
			5700	Mahlzeit	6900	6200	6400	5600	5500	6100	6100
7	Anders K., 47 J., Vormann.	19. X. 95			9,45 U. V.	10 U. V.	11 U. V.	12,5 U. M.	1.5 U. N.	2,5 U. N.	3,5 U. N.
					9900	Mahlzeit	10300	8800	8000	7800	7300
8	Per O., 39 J., Arbeiter.	15. X. 95			9,50 U. V.	9,55 U. V.	11,15 U. V.	12,20 U. N.	1,15 U. N.	2,15 U. N.	3 U. N.
					10700	Mahlzeit	8700	12000	9200	11800	9000
9	Lars P. A., 34 J., Arbeiter.	25. X. 95		9,10 U. V.	9,45 U. V.	10,30 U. V.	11,30 U. V.	12,30 U. N.	1,45 U. N.	2,45 U. N.	
				4500	Mahlzeit	5300	5500	6100	5600	5900	
		26. X. 95			9,45 U. V.	10 U. V.	11,15 U. V.	12 U. M.	1,10 U. N.		3 U. N.
					5500	Mahlzeit	4400	5400	6200		5900
10	Nils E., 49 J., Bauer.	31. X. 95			9,30 U. V.	10 U. V.	11 U. V.	12,30 U. N.		2 U. N.	3 U. N.
					9700	Mahlzeit	8300	10400		10900	9500
11	Karl A., 59 J., Buchhalter.	4. IX. 96	8,40 U. V.	9,15 U. V.	10,5 U. V.	10,30 U. V.	11,30 U. V.	12 U. M.	1 U. N.	2 U. N.	3 U. N.
			16700	Mahlzeit	10200	10400	9900	9700	10000	10400	11100
12	Maria G., 45 J., Frau.	12. X. 96	7,40 U. V.	8 U. V.	9 U. V.	10 U. V.	11 U. V.	12 U. M.	1 U. N.	2 U. N.	3 U. N.
			8400	Mahlzeit	6200	7000	6800	7100	6800	6000	6500

Zunahme der Leukocyten. Grösste.	Stdn-zahl.	Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
1200	50 Min.	Bei der Operation — Gastroenterostomi 8. I. (Prof. BERG) — wird die klinische Diagnose bestätigt.	Carcinoma ventriculi.
400	1	Bedeutende Anämie (35 Fleischl) und Cachexie. Grosse Magendilatation und motorische Insufficienz. Im Ausgeheberten (nach Boas' Probemahlzeit) 0 HCl, 0 Proenzyme, starke Milchsäurereaction. Kein Tumor palpabel. Die klinische Diagnose wurde durch die Section bestätigt.	Carcinoma ventriculi.
1300	2½	Der Patient ist mager und kachectisch. In der Magengrube ein palpabler Tumor, der respiratorische Verschieblichkeit zeigt. Im Ausgeheberten (nach Boas' Probemahlzeit) 0 HCl, 0 Proenzyme, dagegen Milchsäurereaction. Bedeutende Retention. Als inoperabel entlassen.	Carcinoma ventriculi.
1600	2¾	Deutliche Cachexie. Im Epigastrium tastet man einen derben Tumor, der während der Respiration seine Lage verändert. Keine Dilatation und Retention. Nach Boas' Probemahlzeit im Ausgeheberten keine HCl und keine Milchsäure, wohl aber Labzymogen. Die klinische Diagnose wurde durch die Section bestätigt.	Carcinoma ventriculi.
700	3½		
1200	4	Der Patient ist mager und kachectisch. Tumor palpabel. Keine Dilatation. Keine motorische Insufficienz. Im Ausgeheberten (nach Boas' Probemahlzeit) keine HCl, keine Milchsäure und weder Pepsinogen, noch Labzymogen. Bei der Operation (Prof. BERG) 27. XI. 95 wurde die klinische Diagnose bestätigt.	Carcinoma ventriculi.
Verminderung		Der Pat. ist mager und kachectisch. Tumor palpabel. Keine Dilatation, keine Retention. Im Ausgeheberten 0 HCl, 0 Proenzyme; Milchsäurereaction positiv.	Carcinoma ventriculi.
Verminderung		Bei der Operation — Gastroenterostomie 14. X. — wird die klinische Diagnose bestätigt.	Carcinoma ventriculi.

Tabelle

Ulcus ven-

N:r.	Name, Stand u. Alter.	Tag der Untersuchung.										
1	Anna J., 30 J., Köchin.	30. VI. 96			9,15 U. V.	10,15 U. V.	10,55 U. V.	11,25 U. V.	12,30 U. N.	1,30 U. N.	2,30 U. N.	
					2800	Mahlzeit	3800	4200	4200	4500	4700	
2	Anna T., 49 J., Wittwe.	22. X. 95			9,35 U. V.	10 U. V.	11 U. V.	12 U. M.	1,5 U. N.	2,5 U. N.	3,5 U. N.	3,20 U. N.
					6000	Mahlzeit	7500	7500	7300	8000	8700	7600
		23. X. 95				10,10 U. V.	10,15 U. V.	11,10 U. V.	12,10 U. N.	1,10 U. N.	2,10 U. N.	3,10 U. N.
						7300	Mahlzeit	5600	9000	9400	10100	11700
3	Albertina P., 53 J., Wittwe.	28. IX. 96	7,30 U. V.	8 U. V.	9 U. V.	10 U. V.	11 U. V.	12 U. M.	1 U. N.	2 U. N.	3 U. N.	
			6300	Mahlzeit	6100	6800	6800	9100	9400	8400	8600	
4	Anna A., 27 J., Köchin.[1]	21. X. 96	7,30 U. V.	7,45 U. V.	8 U. V.	9 U. V.	10 U. V.	11 U. V.	12 U. M.	1 U. N.	2 U. N.	2,45 U. N.
			5200	4700	Mahlzeit	4600	4900	4800	4900	5400	5900	5500
5	Lowisa T., 37 J., Dienerin.	3. XII. 96	7,55 U. V.	8,15 U. V.	8,20 U. V.	9,15 U. V.	10,15 U. V.	11,15 U. V.	12,15 U. N.	1,15 U. N.	2,15 U. N.	3.15 U. N.
			7700	7700	Mahlzeit	7600	8400	8400	9300	9600	8100	
6	Hildegard E., 39 J., Fabrikarbeiterin.	4. XII. 96		8,5 U. V.	8,20 U. V.	8,45 U. V.	10 U. V.	11 U. V.	12 U. M.	1 U. N.	2 U. N.	3 U. N.
				5700	5300	Mahlzeit	5300	7400	8000	7700	7600	7500
7	Elisabeth A., 35 J., Wittwe.	5. VI. 96			8,30 U. V.	9 U. V.	10 U. V.	11 U. V.	12 U. M.	1 U. N.	2 U. N.	3 U. N.
					4400	Mahlzeit	5600	5800	5400	5600	6500	6800
		6. VI. 96				9,15 U. V.	9,45 U. V.	11 U. V.	12,15 U. N.	1 U. N.	2 U. N.	3 U. N.
						4500	Mahlzeit	4100	5200	5800	7100	6000

[1]) Die Patientin vermochte nur 1/2 Liter Milch und 2 Eier zu geniessen.

IX.

triculi.

Zunahme der Leukocyten.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Grösste.	Stdn-zahl.		
1900	$4^1/_4$	Im Epigastrium an einer circumscripten Stelle Druckempfindlichkeit. Nach der Aufnahme in das Spital Blutbrechen am 24. V. 96. Blutuntersuchung am 30. VI. giebt H = 45 Fleischl. Zahl der rothen Blutkörperchen 2,975,000. Als geheilt entlassen.	Ulcus ventriculi.
2700	5	Am 10. Sept. 95 Blutbrechen. Epigastrium druckempfindlich. In dem am 9. Nov. ausgeheberten Mageninhalt starke Reaction auf HCl mit Günzburgs Reagens. Die Patientin wurde durch Milchdiät geheilt.	Ulcus ventriculi.
4400	5		
3100	5	Eine Woche vor der Aufnahme in das Spital Blutbrechen. Der Stuhl nach dem Erbrechen war pechschwarz. Seit 3 Wochen heftige, in den Rücken ausstrahlende Schmerzen, die nach den Mahlzeiten und Bewegungen viel stärker sind. Links im Epigastrium an einer circumscripten Stelle grosse Druckempfindlichkeit. Kein Tumor palpabel. Pat. verliess das Spital nach 1 Monat verbessert.	Ulcus ventriculi.
1000	6	Am 2. Sept. 1896 Blutbrechen. Druckempfindlichkeit an der Wirbelsäule links, in der Nähe des 9. Dornfortsatzes, dagegen nicht im Epigastrium. Nach Milchdiät verbessert und als geheilt entlassen.	Ulcus ventriculi.
1900	5	Einige Tage vor der Aufnahme in das Spital reichliches Blutbrechen. Am 29. Sept. Blutuntersuchung: H = 20 Fleischl, Zahl der rothen Blutkörperchen: 1,600,000. Durch Milchdiät bedeutende Besserung.	Ulcus ventriculi.
2500	$3^1/_4$	Nach der Aufnahme in das Spital mehrmals reichliches Blutbrechen. Am 9. Oct. Blutuntersuchung: H = 45 Fleischl; Zahl der rothen Blutkörperchen: 2,710,000. Pat. wurde auf Milchdiät gesetzt und geheilt aus der Behandlung entlassen.	Ulcus ventriculi.
2400	6	Seit einem Jahre mehrmals Blutbrechen. Im Anfange des Spitalaufenthaltes mehrmals pechschwarze Stühle. Druckempfindlichkeit im Epigastrium. Hämoglobingehalt am 20. April 96 60 Fleischl; am 27. April 45 Fleischl. Während des Aufenthaltes im Krankenhaus machte die Patientin eine Pneumonie durch.	Ulcus ventriculi.
2600	$4^1/_4$		

Tabelle

Andere ventrikel-

N:r.	Name, Stand u. Alter.	Tag der Untersuchung.										
1	Josefina S., 32 J., Frau.	Vor der Operat.				9,30 U. V.	10 U. V.	11 U. V.	12 U. M.	1 U. N.	2 U. N.	3 U. N.
						6900	Mahlzeit	6100	8000	7600	5600	7500
		Nach der Operat.			9,30 U. V.	9,45 U. V.	10,45 U. V.	11,45 U. V.	12,45 U. N.	1,45 U. N.	2,45 U. N.	
					6800	Mahlzeit	7300	9000	8100	7700	6900	
2	August L., 37 J., Arbeiter.	21. XI. 95				9 U. V.	10 U. V.	11 U. V.	12 U. M.	1 U. N.	2 U. N.	
						8000	Mahlzeit	8500	9700	7300	1100	
3	Anders A., 54 J., Arbeiter.	25. X. 96	7,40 U. V.	7,50 U. V.	8,10 U. V.	9 U. V.	10 U. V.	11 U. V.	12 U. M.	1 U. N.	2 U. N.	3 U. N.
			7500	7100	Mahlzeit	6400	7500	7400	7800	6000	6500	6700
		12. XII. 96	9,15 U. V.	9,30 U. V.	9,45 U. V.	10,25 U. V.	10,55 U. V.	11,55 U. V.	12,55 U. N.	1,55 U. N.	2,55 U. N.	
			5900	6100	Mahlzeit	6200	7000	8000	8200	5600	6200	
4	Selma A., 24 J., Frau.	10. VI. 96		8,15 U. V.	9,35 U. V.	10,15 U. V.	10,50 U. V.	11,15 U. V.	12,15 U. N.	1,30 U. N.	2,15 U. N.	
				7000	Mahlzeit	6100	5900	6300	7300	7400	7500	
5	Johan S., 53 J., Arbeiter.	8. X. 95				9,45 U. V.	9,50 U. V.	10,45 U. V.	12 U. M.	1,5 U. N.	2 U. N.	3 U. N.
						4200	Mahlzeit	4100	3400	3100	4100	4300
6	Jonas J., 25 J., Bauernsohn.	8. XI. 95			7 U. V.	9 U. V.	10,15 U. V.	11,10 U. V.	12,10 U. N.	1,10 U. N.	2,30 U. N.	
					2600	Mahlzeit	2100	2300	2300	2400	2600	
7	Nils H., 38 J., Buchhändlerknecht.	24. X. 95				9,35 U. V.	10 U. V.	11 U. V.	12 U. M.	1 U. N.	2 U. N.	3 U. N.
						10600	Mahlzeit	6600	11000	11200	9600	9600

X.

affectionen.

Zunahme der Leukocyten. Grösste.	Stdn-zahl.	Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
1100	2	Vor der Operation — Gastroenterostomia (D:r BORELIUS) — bedeutende Dilatation und motorische Insufficienz. Im Ausgeheberten 0 HCl, 0 Proenzyme. Bei der Operation konnte keine Stenose entdeckt werden. Nach der Operation motorische Insufficienz; im Ausgeheberten 0 HCl.	Dilatatio ventriculi.
2200	2		
1700	2	Ventrikelsecretion völlig normal. Mässige motorische Insufficienz.	Dilatatio ventriculi.
500	4	Vor der Operation — Gastroenterostomia (Prof. BERG) 3. XI. — mässige Dilatation und bedeutende motorische Insufficienz. Im Ausgeheberten war freie HCl nachweisbar.	Stenosis pylori benign. post ulcus ventriculi.
2200	3		
500	4½	Ventrikelsecretion normal. Die Kranke klagt über Gefühl von Druck nach dem Essen und Schmerzen im Epigastrium.	Dyspepsia nervosa.
100	5	Zuweilen dumpfe Schmerzen in der Ventrikelgegend. Im Ausgeheberten eine grosse Menge von Schleim, 0 HCl., 0 Proenzyme.	Gastritis chronica + Paralysis agitans.
± 0		Sodbrennen, saures Aufstossen und Erbrechen; mässige motorische Insufficienz. Aus nüchternem Magen wurde stark saures, schleimbemengtes Magensekret ausgehebert. HCl-Reaction pos.	Gastritis acida.
600	3	Der Patient klagt über Gefühl von Druck nach dem Essen, Sodbrennen, saures Aufstossen und Erbrechen. Mässige motorische Insufficienz. Superacidität. Aus nüchternem Magen konnte mehrmals stark saurer (30 Kbcm.) Magensaft und Schleim ausgehebert werden. HCl reaction pos.	Gastritis acida.

bekannte Sache, dass durch Muskelarbeit der Stoffwechsel vermehrt wird und dass in Folge davon die Kohlensäureabsonderung und die Temperatur steigen. Bei der Kenntniss des Parallelismus, der bei einem Theil Krankheiten oft deutlich zwischen der Leukocyten- und der Temperaturcurve hervortritt, lag die Annahme nahe, dass die Wechselungen in der Anzahl der Leukocyten im Laufe des Tages möglicherweise bis zu einem gewissen Grade in der Thätigkeit der Muskeln ihren Grund haben.

Dr. JOHANSSON, der umfassende Untersuchungen über den Einfluss der Muskelthätigkeit auf die Temperatur des Körpers und die Kohlensäureabsonderung ausgeführt und gezeigt hat, dass eine möglichst vollständige Ruhe der Muskeln konstant die Temperatur des Körpers um einige Zehntelgrade senkt, sowie dass die normalen Tagesdifferenzen in der Temperaturcurve durch vollständige Ruhe der Muskeln nahezu zum Verschwinden gebracht werden können, hat die Freundlichkeit gehabt, bei der Untersuchung, die angestellt wurde, um den einfluss der Muskelthätigkeit auf den Leukocytengehalt des Blutes zu erforschen, selbst als Versuchsperson zu dienen.

Die folgende kleine Tabelle giebt eine Uebersicht über den Versuch.

Zeit.	Leukocytenzahl.	Puls.	Temperatur.
6 Uhr 15 Min. Vorm. . .	5,100	57	36,4
8 » » . .	4,960	63	36,70
10 » » . .	5,000	55	36,48
12 » Mittags . .	4,870	55	36,56
2 » 10 » Nachm. . .	7,120	58	36,89
4 » » . .	7,420	55	36,61
6 » 10 » » . .	7,540	53	36,53
8 » » . .	7,350	56	36,82
10 » » . .	6,370	57	36,75
12 » Nachts . .	7,320	52	36,61
4 » Vorm. . .	6,680	58	36,51
6 » 20 » » . .	5,380	58	36,36
8 » » . .	6,200	61	36,70

Dr. JOHANSSON hatte seit der Mittagsmahlzeit des vorhergegangenen Tages (um 5 Uhr Nachm.) nichts genossen und

verblieb fastend (er trank ein paar Gläser Wasser) während der ganzen Zeit, welche die Untersuchung dauerte (von 6 Uhr vorm. des einen bis um 8 Uhr vorm. des anderen Tages). Er lag auch zu Bett und versuchte seine Muskelbewegungen so viel wie möglich zu beschränken. Seine persönliche Erfahrung, die er in solchen Versuchen hat, dürfte dafür bürgen, dass das Experiment mit der möglichst grössten Genauigkeit ausgeführt worden ist.

Aus der Tabelle geht hervor, dass im Laufe des Versuches recht bedeutende Wechselungen in der Anzahl der Leukocyten vorkamen. Die grösste Differenz beläuft sich auf 2,670 (die Differenz zwischen den Zahlen, die um 12 Uhr mittags (4,870) und um 6 Uhr 10 Min. nachm. (7,540) erhalten wurden). Morgens wurden die niedrigsten, nachmittags die höchsten Werthe erhalten. Die Wechselungen zeigen solchergestalt eine gute Uebereinstimmung mit den von mir vorher in einigen Fällen gefundenen, wo die Versuchsperson fastete, ohne sich der Muskelbewegungen zu enthalten.

Dieser Versuch scheint anzudeuten dass die unter gewöhnlichen Verhältnissen ausgeführten Muskelbewegungen für das Entstehen der täglichen Variationen in der Anzahl der Leukocyten ohne Bedeutung sind. Hiermit will ich natürlicherweise keineswegs die Möglichkeit verneinen, dass eine forcirte Muskelbewegung eine Vermehrung des Leukocytengehalts des Blutes hervorrufen kann, was auch TORNOW's[1]) Untersuchungen anzudeuten scheinen.

VIII. Pneumonia crouposa.

Bei wenig Krankheiten dürften so zahlreiche und umfassende Untersuchungen über die Anzahl der weissen Blutkörperchen ausgeführt worden sein, wie bei der acuten Pneumonie.

Schon PIORRY hatte die Beobachtung gemacht, dass das Aderlassblut bei inflammatorischen Processen, namentlich bei

[1]) Blutveränderungen durch Märsche. Inaug. Diss. Berlin, 1875. F. TORNOW. Ref. in Virchow und Hirsch's Jahresbericht.

Lungenentzündung, Geneigtheit zeigt, eine sogenannte Crusta phlogistica zu bilden. Er deutet indessen dieses Zeichen als durch einen inflammatorischen Process in der Blutmasse, eine Hæmitis, hervorgerufen. PIORRY's Beobachtung wurde später von verschiedenen Forschern bestätigt, seine Deutung des Phänomens aber von mehreren Seiten angegriffen. Mit Schärfe wies VIRCHOW PIORRY's Theorie von der Hæmitis zurück. Das Entstehen einer Crusta phlogistica habe in erster Hand in einer verspäteten Coagulation ihren Grund, und am deutlichsten trete diese Crusta in einem Blute hervor, das reich an weissen Blutkörperchen sei, die durch ihre massenweise Anordnung in einer Schicht die Crustabildung bedingen. Unter älteren Forschern, welche den Reichthum des Blutes an Leukocyten bei Pneumonie hervorgehoben haben, sind auch NASSE und ZIMMERMANN zu nennen.

Die erste umfassendere Untersuchung über die Anzahl der Leukocyten im Blute bei Lungenentzündung dürfte indessen von SÖRENSEN ausgeführt worden sein, der in 11 Fällen von dieser Krankheit Zählungen der weissen Blutkörperchen vornahm. Er fand hierbei Werthe, die zwischen 1 : 93 und 1 : 412 oder zwischen 44,000—10,000 wechselten. In einem Falle verfolgte SÖRENSEN die Veränderungen des Blutes auch durch jeden zweiten Tag ausgeführte Untersuchungen. Er weist auch auf den später von BOEKMANN beobachteten Gegensatz im Verhalten der weissen und der rothen Blutkörperchen während der Fieberperiode hin. Die weissen Blutkörperchen vermehren sich, während sich die rothen an Zahl vermindern.

Die nächsten umfassenderen Untersuchungen führten HALLA und TUMAS (1883 und 1887) aus, und in den folgenden Jahren wurde die Litteratur über diesen Gegenstand in einem höchst bedeutendem Grade durch eine Menge längere und kürzere Aufsätze, von denen ein Theil ausschliesslich die Leukocytose bei der acuten Pneumonie behandelt, vermehrt.

Unter den Autoren will ich hier nur v. LIMBECK, PÉE, PICK, KOBLANCK, KIKODSE, v. JAKSCH, RIEDER, SADLER. MARAGLIANO. CASTELLINO, TSCHISTOWITSCH, LAEHR, BIEGANSKI, BILLINGS und CABOT nennen.

Durch die Arbeiten dieser Forscher ist nach und nach ein recht reichhaltiges Material von klinischen Untersuchungen erhalten worden, sodass die acute Pneumonie, wie v. LIMBECK sagt, bezüglich der Frage von dem Verhalten der Leukocyten

die am besten bekannte der acuten Infectionskrankheiten sein dürfte.

Tag für Tag hat man während der Krankheit durch Untersuchungen des Blutes die Wechselungen in der Anzahl der Leukocyten verfolgt. Namentlich hat man hierbei versucht, den Zusammenhang an den Tag zu legen, der sich zwischen der Temperaturcurve und der Curve für die Wechselungen in der Anzahl der Leukocyten findet. Der eine und der andere Autor (M. LAEHR) hat auch durch mehr detaillirte Studien der Ausbreitung des pneumonischen Processes versucht, einen Zusammenhang zwischen diesem Process und dem Grade nachzuweisen, den die Leukocytose zeigt. Weiter ist auch das gegenseitige Verhältniss zwischen den verschiedenen Formen der Leukocyten in den verschiedenen Stadien der Krankheit Gegenstand der Untersuchung gewesen (KIKODSE und BIEGANSKI), und schliesslich dürfte hervorzuheben sein, dass durch TSCHISTOWITSCH's höchst interessante experimentelle Forschungen über das Verhalten des FRÄNKEL-WEICHSELBAUM'schen Diplococcus zur Leukocytose neue Haltepunkte für die Beurtheilung der prognostischen Bedeutung der Leukocytose bei der acuten Pneumonie erhalten worden sind.

Bei den Untersuchungen über die Leukocytose, die ich selbst in 18 Fällen von acuter Pneumonie ausgeführt habe, habe ich theils tägliche Zählungen sämmtlicher Leukocyten, theils, mehr oder weniger oft während der Krankheit Bestimmungen des procentischen Werthes der drei von mir in Uebereinstimmung mit anderen Forschern aufgestellten Leukocytengruppen in Trockenpräparaten vorgenommen. Durch kurze Bemerkungen habe ich in der Tabelle XI versucht, eine Darstellung von der Ausbreitung und dem Verlaufe des krankhaften Processes zu geben.

Ehe ich mich auf eine nähere Betrachtung der gewonnenen Ergebnisse einlasse, will ich erst eine Frage berühren, die beinahe von allen, die sich mit dem Studium der Leukocytose bei der acuten Pneumonie beschäftigt haben, mit Stillschweigen übergangen worden ist.

In einer kleinen, im Jahre 1874 erschienenen Dissertation zeigte H. MEYER, dass er nach der Einnahme verschiedener flüchtiger Substanzen in seinem Blute eine bedeutende Vermehrung der weissen Blutkörperchen nachweisen konnte. Unter diesen Substanzen befand sich auch Aetherol. terebinthinæ.

Tabelle

Pneumonia

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.
1	Anders A., 36 J.,	1. V. 95	4	8 Uhr Abends	Gemischte Kost.	13300
	Laternenanzünder	2. V. »	5	9 » Vorm.		14100
		3. V. »	6	1,15 » Nachm.		12400
		4. V. »	7	9 » Vorm.		11100
		5. V. »	8	9 » »		7600
		6. V. »	9	12 » Mittags		6000
		7. V. »	10	9 » Vorm.		7500
		8. V. »	11	8 » Abends		19100
		9. V. »	12	12 » Mittags		9700
		10. V. »	13			10000
		11. V. »	14	12 » »		7000
2	Per B., 36 J.,	28. VI. 95	3	8,30 Uhr Abends		13400
	Kutscher.	29. VI. »	4	9,15 » Vorm.	Nur Milch.	15900
		30. VI. »	5			18800
		1. VII. »	6	8,45 » »		15900
		2. VII. »	7	12,30 » Nachm.		13900
		3. VII. »	8	11,45 » Vorm.	Eier. Brot.	18400
		4. VII. »	9	1,15 » Nachm.		24100
		5. VII. »	10	11 » Vorm.		12800
		6. VII. »	11	9 » »	Gemischte Kost.	11400
		7. VII. »	12	10 » »		8900
		8. VII. »	13	9 » »		9200
		9. VII. »	14	12,30 » Nachm.		7600
		10. VII. »	15	11,30 » Vorm.		7100
		11. VII. »	16	9 » »		6500
3	Derselbe.	26. III. 96	2	7 Uhr Nachm.		26800
		27. III. »	3	12 » Mittags	Nur Milch.	22000
		28. III. »	4	Vorm.		21700
		29. III. »	5	»		22100

XI.

crouposa.

Bluttrockenpräparate. Mononucl.	Bluttrockenpräparate. Eosin.	Temperatur. Morgens.	Temperatur. Abends.	Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
11,1 %	0	39,3	39,7	Infiltration des rechten Unterlappens, an umschriebener Stelle links, ebenso Bronchialathmen. Knisterrasseln.	Pneumonia crouposa bilateralis.
9,9 »	0	39,5	39,3		
14,5 »	0	39,3	39,1		
12,3 »	4/470	37,5	37,6	Nachts Krise.	
16,8 »	2/338	37	37,1	Fortschreitende Lösungserscheinungen.	
—	—	36,7	37		
15,7 »	2/317	36,8	36,8		
4 »	2/466	36,8	38,7		
9,3 »	—	36,5	36,7	Durchfall.	
23 »	—	36	36,9		
26 »	—	36,6	37	Der Durchfall hat aufgehört. Ord. Emuls. terebinth.	
7,8 %	0/528	—	38,8	3 mal Pneumonie vorher. Hinten rechts unten bis zur Spin. scap. Bronchialathmen und Dämpfung. Kein Rasseln.	Pneumonia crouposa bilateralis.
—	—	38,1	40		
7,7 »	0/445	39,6	39,7	An umschriebener Stelle links ebenfalls Bronchialathmen.	
—	—	39,8	39,8		
10,7 »	3/724	38,2	39	Der Process links breitet sich aus.	
6,2 »	0/742	39,7	40,1		
7,2 »	1/1002	39,1	39,1		
13,3 »	1/764	37,7	38,1	Reichliches, feuchtes Rasseln. Lysis.	
17,2 »	0/519	37,5	38		
—	—	37,6	38		
27,4 »	0/536	37,2	37,4	Rechts noch schwaches Bronchialathmen.	
30,4 »	0/612	Afebril		Noch spärliches Rasseln.	
31,8 »	0/631	»		Auscultations- und Percussionsbefund normal. Ord. Emuls. terebinth. (bis. 8, VII), Linctus.	
28,5 »	0/451	»			
7,5 %	0/480	—	40,2	Abends Beginn mit Schüttelfrost. Infiltration der mittleren Partien beider Lungen; Knisterrasseln.	Pneumonia crouposa bilateralis.
4,8 »	0/428	39,6	39,7		
—	—	39,9	40,1		
13,8 »	0/553	39,8	40,6		

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.
3	Per B., 36 J., Kutscher.	30. III. 96	6	Vorm.	Gemischte Kost.	20400
		31. III. »	7	»		21700
		1. IV. »	8	12 Uhr Mittags		26700
		2. IV. »	9	12,30 » Nachm.		18300
		3. IV. »	10	10,20 » Vorm.		8600
4	Anders A., 43 J., Arbeiter.	19. XI. 95	3	6,30 Uhr Nachm.	Gemischte Kost.	10800
		20. XI. »	4	11,15 » Vorm.		13900
		21. XI. »	5	7,15 » »		12800
		22. XI. »	6	1 » Nachm.		7000
		23. XI. »	7	12,15 » »		10100
		24. XI. »	8	12,30 » »		7500
		25. XI. »	9	12,30 » »		6800
5	Lovisa B., 66 J., Wittwe.	6. XI. 95	6	12,30 Uhr Nachm.	Gemischte Kost.	9700
		7. XI. »	7	9,15 » Vorm.		17900
		8. XI. »	8	11,30 » »		19200
		9. XI. »	9	12,30 » Nachm.		21600
		10. XI. »	10	11 » Vorm.		17800
		11. XI. »	11	11,30 » »		22600
		12. XI. »	12	»		23800
		13. XI. »	13	11 » »		19600
		14. XI. »	14	8,30 » »		16400
		15. XI. »	15	10 » »		16600
		16. XI. »	16	8,30 » »		10500
		17. XI. »	17	8,30 » »		10800
		18. XI. »	18	10,30 » »		8500
		20. XI. »	20	10,30 » »		9400
		22. XI. »	22	2,30 » Nachm.		7500

Bluttrockenpräparate.		Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Mononucl.	Eosin.	Morgens.	Abends.		
10 %	0/483	38,8	40,6		
9,8 »	0/433	40,1	39,9		
7,3 »	0/689	39,6	39,3		
11,8 »	0/594	37,8	38	Rasche Lösung. Reichliches Sputum. Lysis. Ord. Emuls. terebinth., Tinct. glyc. theb.	
26,4 »	0/457	37,5	37,9		
—	—	39,1	39,6	Beginn mit Schüttelfrost. Infiltration des rechten Oberlappens hinten. Kein Rasseln.	Pneumonia crouposa dxt.
—	—	39,2	39,2		
12,7 %	0/1378	38,9	39,3	Spärliches Knisterrasseln.	
—	—	37,2	37,4	Reichliches Knisterrasseln; unbestimmtes Athemgeräusch.	
23,7 »	6/605	38	38,5	Heute kann man noch bronchiales Athmen rechts hinten oben hören.	
—	—	37,4	37,7	Kein Bronchialathmen. Feuchtes Rasseln.	
29 »	18/1051	37,2	37,5	Ord. Emuls. terebinth.	
20,9 %	0/906	39,1	39,5	Bronchialathmen, Dämpfung und spärliches Knisterrasseln über der ganzen Rückseite der rechten Lunge. Vorn spärliches Rasseln.	Pneumonia crouposa bilateralis.
7,8 »	0/1119	38,4	38,6	Über der linken Scapula heute ebenfalls Knisterrasseln und eine Andeutung von Bronchialathmen.	
7,8 »	0/821	38,2	38,4		
6,8 »	0/673	38,2	37,2	Linksseitiges Seitenstechen; Kleinbl. Rasseln in d. l. Achselhöhle.	
18,8 »	0/1140	38,8	39,3	Bronchialathmen und Dämpfung über der ganzen oberen Hälfte der linken Lunge.	
9,1 »	0/960	38	37,5	Abends reichliches, feuchtes Rasseln. Krisis.	
—	—	37	37		
12,9 »	1/1032	Dauernd	afebril	Fortschreitende Lösungserscheinungen.	
12,2 »	2/969	»	»		
—	—	»	»		
12,7 »	2/854	»	»		
14,2 »	4/686	»	»		
22 »	9/599	»	»		
—	—	»	»		
29,3 »	7/776	»	»	Ord. Emuls. terebinth., Tinct. glyc. theb., Decoct. Seneg. (von 14. XI ab).	

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.
6	Henry T., 22 J.,	17. II. 96	11	8,30 Uhr Nachm.	Milch, Eier,	8400
	Buchhalter.	18. II. »	12	11,30 » Vorm.	Zwieback.	11000
		19. II. »	13	12 » Mittags		8900
		20. II. »	14	Vorm.		7400
		21. II. »	15	12,30 » Nachm.		6600
		23. II. »	17	»		—
		24. II. »	18	1 » »		6200
7	Gustaf B., 14 J.,	25. III. 96	5	12,30 Uhr Nachm.	Milch, Eier.	12100
	Schornsteinfeger.	26. III. »	6	1 » »		11100
		27. III. »	7	»		9700
		28. III. »	8	»		5400
		29. III. »	9	»		7000
8	Alfred J., 25 J.,	19. IV. 96	5	Nachm.	Gemischte Kost.	11200
	Gärtnerknecht.	20. IV. »	6	7 Uhr »		15700
		21. IV. »	7	2,30 » »		15500
		22. IV. »	8	12,15 » »		15600
		23. IV. »	9	1 » »		17500
		24. IV. »	10			—
		25. IV. »	11	»		15600
		27. IV. »	13	»		9500
		29. IV. »	15	1,30 » »		10200
		2. V. »	18	8 » »		10500
		4. V. »	20	11 » Vorm.		8000
9	Fredrik E., 35 J.,	2. I. 96	3	7,30 Uhr Nachm.	Gemischte Kost.	13900
	Arbeiter.	3. I. »	4	10,15 » Vorm.		13700
		4. I. »	5	12,30 » Nachm.		11500
		5. I. »	6	»		10200
		6. I. »	7	»		13300
		7. I. »	8	1 » »		10300
		8. I. »	9	2 » »		10300
		9. I. »	10	1 » »		7800

Bluttrocken-präparate.		Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Mono-nucl.	Eosin.	Mor-gens.	Abends.		
7,5 %	1/811	37,5	39,1	Dämpfung und bronchiales Athmen über der ganzen Rückseite der rechten Lunge.	Pneumonia crouposa dxt.
6,4 »	2/1313	39,6	39,8		
6,8 »	8/1083	37,8	37,5	Reichliches, feuchtes Rasseln; Krisis.	
7,8 »	6/532	37	37		
16,9 »	13/628	Dauernd	afebril	Fortschreitende Resolution.	
30,5 »	9/229	»	»		
—	—	»	»	Ord. Salicyl. natr., Linct. pect.	
18,3 %	0/1003	40,5	39,9	Infiltration des rechten Unterlappens (Dämpfung u. bronchiales Athmen). Kein Rasseln.	Pneumonia crouposa dxt.
16,4 »	0/743	39,6	39,1		
16,8 »	1/661	39,3	39,4	Rasche Lösung; Lysis.	
37,1 »	16/1043	38,3	37,8		
—	—	36,8	37,2	Ord. Emuls. terebinth., Tinct. glyc. theb.	
13,8 %	0/854	—	40,6	Infiltration des rechten Mittel- und des Unterlappens; reichliches, feuchtes Rasseln; in der linken Axillargegend spärliches Rasseln. Rechtsseitige Lungenschrumpfung mit Verschieben des Herzens nach rechts. Icterus.	Pneumonia crouposa bilateralis biliosa.
15 »	2/1181	39,9	39,3		
17 » [1]	21/1003	37,8	38,1		
—	—	38	38,2		
21,7 » [1]	18/869	37,6	38,1	Fortschreitende Lösungserscheinungen.	
—	—	Dauernd	afebril		
27,7 »	18/822	»	»		
—	—	»	»	Über der rechten Spitze noch kleinbl. Rasseln hörbar. Dämpfung und unbestimmtes Athemgeräusch. Im Sputum jedoch keine Bacillen nachweisbar, wohl aber spärliche elastische Fasern. Zahl der roth. Blutkörperchen im Kbmm. 3600000; Hämoglobingehalt 65 Fleischl.	
26 »	10/756	»	»		
—	—	»	»		
22,8 »	6/1294	»	»		
				Ord. Emuls. therebinth., Linct. pect.	
6,1 %	0/608	—	38,5	Beginn mit Schüttelfrost. Infiltration des rechten Unterlappens.	Pneumonia crouposa dxt.
6,9 »	0/904	39,3	40		
7,4 »	2/527	39,8	40,3		
6,9 »	3/462	39,8	38,7	Lysis.	
8,5 »	1/670	38,7	38,6		
8,3 »	26/735	36,8	37,4	Fortschreitende Lösungserscheinungen.	
19,7 »	14/479	Dauernd	afebril		
17,8 »	11/442	»	»		

[1]) Mehrere kernhalt. rothe Blutkörperchen.

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.
9	Fredrik E., 35 J., Arbeiter.	10. I. 96	11	Nachm.	Gemischte Kost.	9400
		11. I. »	12	1 Uhr »		5100
		12. I. »	13	12 » Mittags		6600
		13. I. »	14	1 » Nachm.		6600
10	August A., 47 J., Arbeiter.	20. I. 96	5	12,30 Uhr Nachm.	Gemischte Kost.	12200
		21. I. »	6	1 » »		10000
		22. I. »	7	2,30 » »		11000
		23. I. »	8	»		15400
		24. I. »	9	8 » »		17100
		25. I. »	10	1 » »		9100
		26. I. »	11	1 » »		13900
		27. I. »	12	1,15 » »		14300
		28. I. »	13	12 » Mittags		13000
		29. I. »	14	1 » Nachm.		9600
		31. I. »	16	1 » »		8600
11	Lovisa P., 42 J., Dienerin.	2. II. 96	4	11,45 Uhr Vorm.	Gemischte Kost.	20000
		3. II. »	5	11,30 » »		21200
		4. II. »	6	12,15 » Nachm.		22100
		5. II. »	7	12,30 » »		10900
		6. II. »	8	11,30 » Vorm.		9100
		7. II. »	9			7300
		8. II. »	10			6400
12	Maria L., 30 J., Frau.	15. V. 96	4		Nur Milch.	14700
		16. V. »	5	10,30 Uhr Vorm.		12900
		17. V. »	6	»		10900
		18. V. »	7	11,30 » »		7800
		19. V. »	8			—
		20. V. »	9	»		9000

Bluttrocken-präparate.		Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Mono-nucl.	Eosin.	Mor-gens.	Abends.		
19,4 %	10/727	Dauernd	afebril		Pneumonia crouposa dxt.
25,5 »	8/413	»	»	Normaler Percussions- u. Auscultationsbefund.	
24,8 »	17/411	»	»		
—	—	»	»	Ord. Emuls. terebinth. Mo.	
—	—	—	40,3	1884 hat der Patient eine Pneumonie durchgemacht. Beginn. mit Schüttelfrost. Infiltration des linken Unterlappens. Kein Rasseln.	Pneumonia crouposa bilateralis.
20 %	0/1019	38,5	38,8	Pleuritisches Reiben an umschriebener Stelle ausserhalb der Herzspitze. Bronchiales Athmen und Dämpfung über der mittleren Partie der rechten Lunge hinten.	
9,9 »	0/352	39,6	39,9		
11,2 »	0/410	39,4	39,1		
7,9 »	0/405	38,4	38		
14,9 »	8/884	37,3	37,8		
16,1 »	9/800	Dauernd	afebril	Fortschreitende Lösungserscheinungen.	
18,5 »	3/818	»	»		
—	—	»	»		
26,5 »	5/654	»	»		
29,8 »	12/490	»	»	Kein Rasseln. Ord. Tinct. glyc. theb., Emuls. terebinth., Mo.	
6,2 %	0/868	39,9	40,2	Beginn mit Schüttelfrost. An umschriebener Stelle an der rechten Scapula Bronchialathmen und Knisterrasseln. Im Harn Albumin und Cylinder.	Pneumonia crouposa dxt.
9,1 »	0/809	39,7	40,6		
10,4 »	1/939	39,4	38,7	Zunehmende Infiltration.	
13,8 »	8/723	37,6	37,9	Reichliches, feuchtes Rasseln. Nachts Krise.	
29,7 »	14/687	Dauernd	afebril	Rasche Lösung.	
—	—	»	»		
—	—	»	»	Gesund entlassen. Ord. Linct. pectoral. Mo.	
—	—	39,2	39,5	Operirt vor einigen Monaten wegen Pyloruscancer (Resectio pylori + gastroenterostomia). Beginn mit Schüttelfrost. Infiltration des rechten Mittel -und Unterlappens. An mittleren Partien der linken Lunge hinten hauchendes Exspirium. Feines Rasseln.	Pneumonia crouposa bilateralis.
—	—	39,1	39,2		
—	—	37,4	37,5	Nachts Krise.	
19,5 %	6/517	37	37,1	Lösung.	
—	—	Dauernd	afebril		
—	—	»	»	Ord. Linct. pect. Tinct. glyc. theb. Infus. digital.	

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.
13	Signe H., 10 J.,	2. III. 95	5	2 Uhr Nachm.	Gemischte Kost.	22600
		4. III. »	7	11,30 » Vorm.		18000
		5. III. »	8	12,30 » Nachm.		12300
		6. III. »	9	11,30 » Vorm.		16500
		7. III. »	10	12 » Mittags		13000
		8. III. »	11	11,45 » Vorm.		17900
		9. III. »	12			—
		10. III. »	13	12 » Mittags		8800
		12. III. »	15	1,30 » Nachm.		5400
14	Sofia H., 33 J., Köchin.	29. IV. 96	2	3 Uhr Nachm.	Gemischte Kost.	15000
		30. IV. »	3	12 » Mittags		13500
		1. V. 96	4	Nachm.		13500
		2. V. »	5	1,30 » »		16100
		3. V. »	6	»		15900
		4. V. »	7	»		18200
		5. V. »	8			18500
		6. V. »	9	1 » »		12300
		7. V. »	10			—
		8. V. »	11	10,30 » Vorm.		14600
		9. V. »	12	10,30 » »		14300
		10. V. »	13	10,30 » »		15300
		11. V. »	14	11 » »		12700
		12. V. »	15			—
		13. V. »	16	11,30 » »		13000
		14. V. »	17	Vorm.		24200
		15. V. »	18	»		17400
		16. V. »	19	»		9600
		17. V. »	20	»		8200
		18. V. »	21	»		9200
		20. V. »	23	7 » Nachm.		7500

Bluttrocken-präparate.		Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Mononucl.	Eosin.	Morgens.	Abends.		
--	—	38,8	40,3	Convalescent von einer Pneumonie, die am 15. II. anfing. Von 20.—25. II. normale Temperatur: 26. II. wieder Fieber. Infiltration des rechten Ober- und des Mittellappens.	Pneumonia crouposa dxt. (Recid.)
—	—	38,8	39,3		
—	—	39,9	39,7		
—	—	38,5	39,2		
—	—	39,7	39,1		
—	—	38,2	39,6		
—	—	37,1	37,6	Krisis. Spärliches Rasseln.	
—	—	Dauernd	afebril	Rasche Lösung. 16. III. Percussions und Auscultationsbefund normal. Ord. Tinct. glyc. theb., Inf. ipecac., Emuls. terebinth (vom 5. III).	
—	—	›	›		
17,9 %	—	39,7	39,8	Beginn mit Schüttelfrost am Nachmittag des vorigen Tages. Bronchialathmen, Dämpfung und Knisterrasseln über der unteren Hälfte der rechten Lunge hinten. Spärliches, blutiges Sputum. Im Harn Albumin.	Pneumonia crouposa dxt. (protrahirter Verlauf).
20 ›	0/589	38	39,1		
—	—	40	40,5	Zeichen einer diffusen Bronchitis beider Lungen.	
—	—	40,1	40,8		
—	—	40,6	41,2	Abgeschwächtes Athemgeräusch und Pectoralfremitus über den unteren Partien der rechten Lunge. Probepunction mit negativem Erfolg.	
—	—	40,1	39,7		
13,3 ›	0/433	39,1	38,7		
21,9 ›	6/610	37,6	38,1	Bronchialathmen und Dämpfung über der unteren Hälfte der rechten Lunge. Feuchtes Rasseln wie früher.	
—	—	38,2	38,1		
—	—	38,1	38,7		
—	—	38,1	38,1		
—	—	38,6	38		
20,3 ›	—	38.1	38,2	Noch Dämpfung, abgeschwächtes Bronchialathmen und Stimmfremitus über der unteren Hälfte der rechten Lunge. Probepunction zum zweiten Mal mit negativem Erfolg. Abends Schüttelfrost und Temperatursteigerung.	
—	—	37,7	38		
24,3 ›	3/685	38	40,1		
11,8 ›	0/557	39,7	40		
23,4 ›	2/488	37,9	38,5	Percussions- u. Auscultationsbefund unverändert.	
—	—	37,2	37,9	Die Patientin fühlt sich bedeutend besser. Das Respirationsgeraüsch beginnt einen unbestimmten Charakter anzunehmen; reichlicheres, feuchtes Rasseln.	
—	—	Dauernd	afebril		
36,7 ›	5/633	›	›	Lösung. Am 26. V. gesund entlassen.	
53,9 ›	13/782	›	›	Ord. Emuls. terebinth., Tinct. glyc. theb., Inf. digital. (3—5. V.).	

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.
15	Oscar E., 23 J., Arbeiter.	20. V. 96	3	7,45 Uhr Nachm.	Nur Milch.	11200
		21. V. »	4	12,15 » »		8900
		22. V. »	5	2,30 » »		11000
		23. V. »	6	7 » »		9900
		24. V. »	7	1 » »		10300
		25. V. »	8			—
		26. V. »	9	12,15 » »		14800
		29. V. »	12	12,30 » »		6900
16	Per B., 41 J., Arbeiter.	19. VI. 95	2	1,30 Uhr Nachm.	Nur Milch.	20600
		20. VI. »	3	12 » Mittags		17400
17	Anna A., 32 J., Dienerin.	13. X. 95	5	12,15 Uhr Vorm.	——	7300
18	Julius F., 29 J. Müller.	26. XI. 96	7	7,30 » Nachm.	Nur Milch.	6500
		27. XI. »	8	8 » Vorm.		5400
		27. XI. »	8	7 » Nachm.		5500
		28. XI. »	9	9,30 » Vorm.		2400
		29. XI. »	10	1 » »		2600

Bluttrockenpräparate.		Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Mononucl.	Eosin.	Morgens.	Abends.		
9 %	0/813	39,4	40,2	In Fossa infraclavic. sin., Reg. axillar. sin. und auf der Rückenseite der linken Lunge von der Spina scapulæ bronchiales Athmen, Dämpfung und Knisterrasseln. Reichliches braunröthliches Sputum.	Pneumonia crouposa sin.
10 »	0/430	39,6	39,9		
12,5 »	1/987	40	39,5		
14,8 »	5/513	37,8	39,2		
—	—	39,2	38,6		
—	—	37,2	37,3	Nachts Krisis mit Schweiss.	
33,2 »	15/378	Dauernd	afebril	Resolution.	
31,3 »	41/641	»	»	Ord. Emuls. terebinth., Tinct. glyc. theb., Mo.	
9,1 »	0/897	39,1	39	Bronchialathmen und Dämpfung der mittleren Partien beider Lungen hinten. Starke Dyspnoe u. Cyanose. Ord. Emuls. therebinth.	Pleuropneumonia crouposa bilateralis.
8,6 »	0/966	39	38,1	Exitus, 21. VI. um 4 Uhr. Vorm. Sectionsbefund: Pleuropneumonia acuta bilat. Im unteren Lappen der r. Lunge rothe Hepatisation, im mittleren graue Hepatisation, im oberen Engouement. Im unteren Lappen der l. Lunge rothgraue Hepatisation, im oberen Engouement.	
20,1 »	0/981	39,6	38,7	Infiltration der ganzen, linken Lunge. Starke Cyanose. Ord. Tinct. glyc. theb., Emuls. terebinth. Exitus 13. X. um 11,45 Uhr. Nachm. Keine Section.	Pneumonia crouposa sin.
11 »	0/825	40,9	41	Infiltration des rechten Ober- und des Mittellappens. Grosse Hinfälligheit. Delirien.	Pneumonia crouposa dxt.
—	—	39,9	—		
—	—	—	40,9	Trachealrasseln.	
15,5 »	0/641	40,1	41,3	Ord. Emulsio terebinth., Tinct. glyc. theb., Campher (27. und 29. XI.).	
—	—	41,5	—	Exitus am 29. XI. um 10 Uhr Vorm. Sectionsbefund: Pneumonia acuta lobi super. pulmon. dxt.	

Mehrere Jahre später (1888) machte POHL bei Hunden ähnliche Beobachtungen. Da nun dieses Heilmittel bei der acuten Pneumonie bekanntlich sehr oft zur Anwendung kommt, so kann es ja wohl möglich sein, dass dasselbe auf einen Theil der bei dieser Krankheit für die Leukocyten gefundenen Werthe etwas modificirend eingewirkt hat. Es ist übrigens sehr selten, dass man in den Arbeiten, die sich mit der Leukocytose beschäftigen, angegeben findet, welche Arzneimittel angewendet worden sind.

Um MEYER's und POHL's Angaben etwas näher zu prüfen, habe ich selbst bei einer tuberkulösen Person eine Anzahl Leukocytenzählungen vor und nach der Einnahme von Aetherol. terebinthinæ (in der Form von Emulsion 1 : 10) ausgeführt. Die Ergebnisse, zu denen ich dabei gekommen bin und über die ich hier nicht näher zu berichten brauche, scheinen indessen bestimmt dagegen zu sprechen, dass das Terpentin, wenigstens in der Form und der Dosis, in welcher es bei meinen Pneumoniefällen angewendet worden ist, eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen bewirkt.

Gehen wir nun zur Prüfung der Untersuchungen des Blutes über, die bei der Pneumonie ausgeführt worden sind, so finden wir, dass in 16 Fällen schon bei der ersten Untersuchung eine Leukocytose nachgewiesen werden konnte. In zwei Fällen, 3 u. 14, hatte ich Gelegenheit, meine Untersuchung schon 24 Stunden nach dem Hervortreten des ersten Krankheitszeichens (Schüttelfrost) auszuführen, wobei ich die Werthe 26,800 und 15,000 erhielt. RIEDER, LAEHR und BIEGANSKI, welche Leukocytenzählungen schon so früh wie 6 bis 18 Stunden nach dem ersten Auftreten des Schüttelfrostes vorgenommen haben, fanden schon zu dieser Zeit eine deutlich ausgesprochene Leukocytose, wogegen PICK, der Gelegenheit hatte in einem Falle sowohl vor, wie in den nächsten Stunden nach dem Auftreten des Schüttelfrostes eine Untersuchung vorzunehmen, 11 Stunden nach dem Auftreten dieses Krankheitszeichens keine Leukocytose zu konstatiren vermochte. Als er am Tage darauf, 24 Stunden nach dem Anfang der Krankheit, eine neue Untersuchung ausführte, fand er indessen 12,000 Leukocyten im Kbmm. Nach diesen Facta zu urtheilen scheint eine gewisse Zeit, verschieden lang bei verschiedenen Gelegenheiten, nach dem ersten Schüttelfrost zu verfliessen, ehe eine Leukocytose zu Stande kommt. In den allermeisten Fällen dürfte die Leuko-

cytose indessen, nota bene wenn sie überhaupt auftritt, schon in den ersten Krankheitstagen deutlich ausgesprochen sein. In einzelnen Fällen dürfte es mehrere Tage dauern, ehe sich die Leukocytose einstellt. So konnte von BIEGANSKI in einem Falle, wo sich ausser einer gelinden Anämie keine besonders bemerkenswerthen Symptome zeigten, erst am siebenten Krankheitstage eine deutliche Leukocytose konstatirt werden.

Während des weiteren Verlaufes des Fiebers ist die Anzahl der Leukocyten nicht unbedeutenden Wechselungen unterworfen. Die grösste Anzahl, die ich in meinen Fällen zu konstatiren vermochte, war nur 26,800 (Fall 3). Andere Forscher haben indessen viel höhere Werthe, bis zu 60,000 und darüber, gefunden (BIEGANSKI, BILLINGS u. a.). LAEHR erwähnt sogar einen Fall, wo er während der letzten Wochen beinahe konstant über 100,000 Leukocyten im Kbmm. fand. Bei der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhause, wo derselbe sich vollkommen gesund fühlte, wurde der Werth 104,000 aufgezeichnet. Indessen wurde in einem begrenzten Gebiete der einen Lunge noch fein- und mittelblasiges Rasseln gehört. Diese intensive Leukocytose darf man indessen wohl nicht als durch die Pneumonie hervorgerufen ansehen, sondern es ist anzunehmen, dass eine nicht diagnostizierte Komplication ihre Ursache war. Als gesund kann ein Patient mit einer solchen Leukocytose natürlicherweise nicht betrachtet werden, auch wenn sich bei ihm keine anderen krankhaften Zeichen finden.

Ein deutlich ausgesprochener Parallelismus zwischen der Fieber- und der Leukocytencurve lässt sich in mehreren Fällen spüren. Die Fälle 1 und 4 sind hübsche Beispiele davon. Es ist bei der acuten Pneumonie ziemlich gewöhnlich, dass einer Erhöhung der Temperatur von einer Erhöhung des Leukocytengehaltes des Blutes entsprochen wird. Im Fall 1 sieht man, wie einer am 5. Tage nach der Krisis auftretenden Temperatursteigerung von einer Erhöhung der Leukocytencurve von dem normalen Niveau bis auf 19,100 entsprochen wird.

Das Verhältniss der Leukocytose zur Zeit des Temperaturfalles ist etwas wechselnd. In dem einen und dem anderen Fall erreicht die Curve für die Leukocyten unmittelbar vor dieser Periode ihr höchstes Kulmen, so. z. B. in Fall 2, während sie in anderen Fällen erst nach derselben in dem afe-

brilen Stadium die höchsten Werthe zeigt (Fall 5) BIEGANSKI und BILLINGS haben ähnliche Beobachtungen gemacht.

Ein mit dem Fallen der Temperatur bei der Krisis analoges Fallen der Leukocytencurve kann man sehr oft konstatiren. Zuweilen treffen diese Temperatur- und »Blutkrisen» gleichzeitig ein. Gewöhnlich erreicht jedoch die Leukocytencurve das normale Niveau einen oder ein paar Tage später als die Temperaturcurve. Bei der Lysis ist auch in Betreff der weissen Blutkörperchen der Uebergang zu dem normalen Verhältniss ein allmählicher.

Bei Pseudokrisen scheint die Leukocytose, ungeachtet des Temperaturfalles, in unvermindertem Grade fortzubestehen (Fall 5). Ein Paar von LAEHRS Curven sind hübsche Beispiele hiervon.

LAEHR, MONTI und BERGGRÜN glauben zwischen der Grösse der infiltrirten Partie der Lunge und dem Grade der Leukocytose einen gewissen Parallelismus gefunden zu haben. Ein solcher Parallelismus wird von v. LIMBECK bestritten, welcher der Ansicht ist, dass der Grad der Virulenz des Infectionsmateriales und das Widerstandsvermögen des Individuums hierbei die Hauptrolle spielen. Selbst muss ich mich dieser letzten Ansicht anschliessen. Fall 2 und 3 sind Beispiele von einem Patienten, der mit einer Zwischenzeit von ungefähr einem Jahre zwei Pneumonien durchgemacht hat. Nach den physicalischen Symptomen zu urtheilen, schien die erste Pneumonie die grösste Ausbreitung gehabt zu haben, doch waren nichts desto weniger die für die Leukocyten gefundenen Werthe bei ihr im allgemeinen niedriger als bei der zweiten.

Die Frage von der prognostischen Bedeutung der Leukocytose bei der Pneumonie ist in den letzten Jahren besonders lebhaft erörtert worden. HALLA dürfte der erste gewesen sein, der einen Fall von Pneumonie beobachtet hat (1881), wo eine Leukocytose fehlte. Er verwunderte sich hierüber und führte mehrere Untersuchungen, aber alle mit demselben Ergebniss, aus. Dieser Fall endete letal; seine übrigen 3 letal verlaufenden Fälle zeigten dagegen alle eine deutliche Leukocytose. Einige Jahre später (1884) beschrieben HAYEM und GILBERT unter der Benennung *Pneumonie typhoide* 2 neue Fälle von Pneumonie, wo sich keine Leukocytose fand und wo der Ausgang ebenfalls letal war. Auch USKOW und KIKODSE machten ähnliche Beobachtungen. v. JAKSCH lenkte durch seinen Vorschlag, in Fällen von Pneumonie, wo eine Leukocytose fehlt,

solche Mittel anzuwenden, die im Stande sind, eine Vermehrung der Leukocyten im Blute hervorzurufen, besonders die allgemeine Aufmerksamkeit auf den Gegenstand. Während nun die drei letztgenannten Forscher geneigt waren, das Fehlen der Leukocytose bei Pneumonie als ein schlechtes prognostisches Zeichen zu betrachten, waren andere Forscher im Betreff dieser Sache von einer ganz anderen Ansicht. Auf dem medicinischen Congresse in Berlin im Jahre 1892 verneinte MARAGLIANO (Verhandlungen des Congresses, B. 11), sich auf die Ergebnisse stützend, die CASTELLINO und er selbst erhalten hatten, ganz und gar die prognostische Bedeutung der Leukocytose bei Pneumonie. Er sagte unter Anderem: »Ich habe Pneumoniker mit starker Leukocytose (einen mit über vierzig tausend Leukocyten) sterben sehen, während andere ohne Leukocytose heilten.»

TSCHISTOWITSCH hat sich durch seine experimentellen Untersuchungen um die Klarlegung der Frage sehr verdient gemacht. Durch Einspritzungen ziemlich schwacher Bouillonculturen des Diplococcus pneumonia (FRÆNKEL) und des Streptococcus lanceolatus PASTEURI konnte er bei Kaninchen eine Vermehrung der Leukocyten im Blute hervorrufen. In diesen Fällen überlebten die Thiere die Versuche. Mit Culturen von grösserer Virulenz wurde schon nach Verlauf einiger Stunden eine Hypoleukocytose erhalten, die bis zum Tode progressiv war. Der Gang der Krankheit beruhte indessen nicht nur auf dem Grade der Virulenz der Bacterien, sondern auch auf dem Widerstandsvermögen der Thiere. Dieselben Culturen, die ein junges Thier tödteten, wurden von einem älteren vertragen. In dem ersten Falle erzeugten sie eine Hypoleukocytose, in dem zweiten eine Hyperleukocytose.

Diese beiden Typen von dem Verlauf der Infectionen können indessen, sagt TSCHISTOWITSCH, nicht alle die verschiedenen, wechselnden Formen repräsentiren, unter denen die Pneumonie beim Menschen auftritt, und ganz besonders ist hier zu beachten, dass eine nicht unbedeutende Anzahl Pneumonien in Exitus übergehen, obschon eine deutliche, in gewissen Fällen sogar eine hochgradige Leukocytose vorhanden ist. In solchen Fällen ist der Tod, wie TSCHISTOWITSCH annimmt, keine Folge der Infection (der Virulenz der Bacterien). Eine bedeutende Ausbreitung des pneumonischen Processes oder eine hinzutretende oder schon vorher vorhanden gewesene Kompli-

Tabelle

Verfasser.	N:r.	Bemerkungen aus der Krankengeschichte.
SÖRENSEN .	4	Potatrix; nur eine Zählung am VI. Krankheitstage ausgeführt, Anzahl 9900.
	5	» » » » X. » » » 23000,
	12	» » » » ? » » » 18000.
HALLA . .	5	Potator; todt unter Abnahme der Herzenergie und Lungödem am 9. Krankheitstage. Leukocytenzahl am 7. Krankheitstag 19100.
	10	Seit 5. Krankheitstag fieberfrei. Stirbt am 7. Krankheitstag unter zunehmender Herzschwäche. Leukocytenzahl am 5. Krankheitstag 35800
v. LIMBECK .	6	Schlecht genährter Mann. Im Harn viel Eiweiss, im Sediment desselben zahlreiche Hyalin-Cylinder. Leukocytenzahl 15000, 20000, 22000.
	11	Schlecht genährte Tagelöhnerin. Im Harn Eiweiss. Leukocytenzahl 1600, 1900.
FUCHS . .	3	Mann, 73 J., leidet seit 4 J. an Cholelithiasis, verbunden mit chr. Ikterus. Leukocytenzahl 12800, 49200.
PICK . . .	1	Der Patient litt an parenchymatöser Nephritis in Folge von Alkoholmissbrauch. Pneumonische Infiltration des Unterlappens der r. Lunge. Leukocytenzahl am 2. Krankheitstag 12000—24600.
	4	Der Patient litt vorher an Marasmus senilis und Poliomyelitis chron. Lobäre Pneumonie beider Unterlappen. Leukocytenzahl 12500—24500.
	5	Schwer anämischer Zustand (Zahl d. r. Bl.körperchen = 1120000). Pneumonische Infiltration des linken Unterlappens. Leukocytenzahl 11800 —28000.
RIEDER[1]) .	7	Leukocytenzahl 15700, 19700, 16400, 8,400.
	10	Am 2. Krankheitstage Partus. Klinische Zeichen von doppelseitiger Pneumonie. Leukocytenzahl 15000—30000.
	21	Leukocytenzahl 27700.
SADLER . .	14	Leukocytenzahl am 7. Krankheitstage 19800.
	15	Leukocytenzahl am 5. u. 11. Krankheitstage 35000 u. 12800.
	16	» » 7. Krankheitstage 16100.
LAEHR . .	16	Leukocytenzahl 19200—33000.
BIEGANSKI .	11	Leukocytenzahl 22000, 4200, 4600, 6000.

[1]) Später sind noch vier Fälle von letal verlaufender Pneumonie mit Leukocytose sind später hatte der Krankheitsprocess eine beträchtliche Ausbreitung; im zweiten war wahrscheinlich Fall war nur im Anfange mit einer Leukocytose verbunden; der vierte Fall zeigte nichts

XII.

Sectionsdiagnose.
Pneum. lob. inf. sin.; Nephritis chr.; Pericarditis ac.; Tumor lienis; Stenosis mitr.
Pneum. lob. inf. sin.; Pleuritis fibr. sin.; Emphysema pulm.; Bronchitis pur. Tracheitis; Atrophia fusc. cordis; Hypertroph. lienis; affectio parenchymat. ren.
Pleuropneumonia dxt.; Pneum. incip. sin.
Pneumonia crouposa lobi sup. medii et part. post. lob. inf. Oedema pulm. sin.
Pneumonia crouposa lateris utriusque. Dilatatio ventriculi cordis dxt. Kleine umschriebene alte Schwiele in der rechten Lungenspitze.
Pneumonia crouposa pulm. dxt.; Emphys. pulm.; Bronchitis cat., chr.; Endarteriitis, chr. Atrophia renis c. Morbo Brightii chr.
Pneumonia bilateralis.
Die Diagnose wurde durch die Section bestätigt.
Pneumonia crouposa des linken Ober- und Unterlappens und Tuberculosis pulm. Peritonititis tuberculosa. Miliartuberculose der Leber und des Darmes.
Pneumonia crouposa in Puerperio.
Pneumonia crouposa des rechten Ober- und Mittellappens.
Pneumon. fibr. lob. sup. sin.; Pleuritis bilat. et Pericarditis ser. fibr.: Endocarditis chr. et rec.; Morb. Brightii chr. In der rechten Pleurahöhle 1/4 Liter trüb. Flüssigkeit, in der linksseitigen nur wenig seröse Flüssigkeit, dagegen Membranen.
Pneumonia crouposa lob. sup. pulm. dxt, lob sup. sin et lob. inf. sin. Pleuritis fibrinosa dxt. Morb. Brightii chr. Tubercl. apic. pulm.
Pneumonia fibr. pulm. dxt. c. pleuritide ser. fibrinosa dxt. Morb. Brightii chr. Endarteriitis chr. Emoll. cerebelli. Tuberculosis apic. pulm. Hepatitis interstit. chr. diff. Tumor lienis chr.
Graue Hepatis. d. r. Unterl. u. d. ganzen l. Lunge. Pericarditis fibrinosa.
Graue Hepatis. d. r. Unterl.; an einigen Stellen des Entzündungsherdes eiterige Verschmelzung.

von RIEDER veröffentlicht worden. (Münch. Med. Wochenschr. 1892, N:o 29.) Im ersten dieser Fälle eine Mischinfection von FRÄNKEL'schen Diplococcen und Staphylococcen vorhanden: der dritte Besonderes.

Verfasser.	N:r.	Bemerkungen aus der Krankengeschichte.
BILLINGS .	13	Leukocytenzahl 22000, 38000, 10000. Infiltration des rechten Oberlappens.
	14	Infiltration der ganzen rechten Lunge. Leukocytenzahl 25000.
	15	Infiltration der ganzen rechten Lunge und des linken Unterlappens. Leukocytenzahl 8000—30000.
	16	Pneumonia crouposa des rechten Ober- und d. Mittellappens. Leukocytenzahl 18000—15000.
	17	Lobäre Pneumonie beider Unterlappen. Leukocytenzahl 13000—7000—32000.
	18	Infiltration des Mittel- und d. Unterlappens der rechten Lunge. Leukocytenzahl anfangs normal, am Tage vor dem Tode 20000.
	20	Der rechte Unterlappen infiltrirt. Bei der ersten Untersuchung die Leukocytenzahl 10000, nachher normal und subnormal.
	21	Pneumonia crouposa der beiden Unterlappen. Leukocytenzahl 15000—30000.
	22	Infiltration des linkens Unterlappens. Leukocytenzahl 50000—20000.

cation (Meningitis, Nephritis, Tuberculosis, Arteriosclerosis) kann in diesen Fällen oft nachgeweisen werden. Um diese Frage einigermassen zu beleuchten, habe ich in der obenstehenden Tabelle (XII) von verschiedenen Autoren 32 tödtlich verlaufende Fälle von Pneumonie, wo eine Leukocytose wenigstens bisweilen nachgewiesen werden konnte, zusammengestellt. Zu diesen Fällen können weiter TSCHISTOWITSCH's 3 Fälle, von denen 2 mit Meningitis komplicirt waren und der dritte eine bedeutende Ausbreitung der Pneumonie zeigte, sowie einer von meinen eigenen Fällen, N:r 16, wo ebenfalls eine höchst bedeutende Ausbreitung des pneumonischen Processes konstatirt werden konnte, gelegt werden. Bei näherer Betrachtung dieser Tabelle finden wir bei einem grossen Theil der Fälle Komplicationen von der einen oder anderen Art angegeben, z. B. Nephritis (SÖRENSEN's Fall 3, PICK's Fall 1, BILLINGS' Fall 22, alle SADLER's und v. LIMBECK's Fälle), Meningitis (BILLINGS' Fall 14), Tuberculosis (RIEDER's Fall 7, SADLER's Fall 16), Arteriosclerosis (LIMBECK's Fall 6, SADLER's Fall 16), Pericarditis (SÖRENSEN's Fall 3, LAEHR's Fall 16), Pleuritis (SÖRENSEN's Fall 4, alle SADLER's Fälle) u. s. w. In einem Theil der Fälle scheint auch eine bedeutende Ausbreitung der Pneumonie vorhanden gewesen zu sein. Auf der anderen Seite fehlen

Sectionsdiagnose.
Keine Section.
Die Section zeigte auch eine purulente Meningitis. Die Sectione bestätigte die klinische Diagnose.
Keine Section.
Keine Section.
Keine Section.
Keine Section.
Keine Section.
Die Section zeigte auch eine acute Nephritis und Degeneratio adiposa cordis.

jedoch nicht Fälle, wo weder eine Komplication, noch eine grosse Ausbreitung der Entzündung vorhanden gewesen ist. Verschiedene von BILLINGS' Fällen können für dieses Verhältniss als Beispiel dienen. Seine Patienten scheinen indessen weniger genau beobachtet worden zu sein, und oft ist keine Obduction ausgeführt worden. Es ist, wie er selbst zugiebt, leicht möglich, dass eine Obduction Komplicationen von der einen oder anderen Art an den Tag gebracht haben würde.

TSCHISTOWITSCH's Erklärung des schlechten Ausganges eines Theiles mit Leukocytose verlaufender Pneumonien kann wohl plausibel erscheinen. Ich glaube indessen, dass unsere Erfahrung auf diesem Gebiete noch zu gering ist, um uns zu gestatten, in dieser Sache ein definitives Urtheil zu fällen. Hierfür dürfte ein grösseres, vor allem aber genauer beobachtetes Material erforderlich sein.

Während wir also dem Auftreten einer Leukocytose bei einer Pneumonie keine grössere Bedeutung in prognostischer Hinsicht beimessen können, müssen wir gleichwohl ihr Ausbleiben in den meisten Fällen als ein schlechtes Zeichen betrachten. Es ist hierbei indessen zu beachten, dass ein Theil Bronchopneumonien (Influenzainfection, RIEDER) in der Regel ohne eine Vermehrung der Leukocyten verlaufen. Ferner ist

es auch nicht unmöglich, dass eine sehr schwache Virulenz der Mikrobe, durch welche die Krankheit hervorgerufen worden ist, die Ursache des Ausbleibens der Leukocytose sein kann.

In der Litteratur habe ich 18 Fälle von Pneumonie angeführt gefunden, wo eine Leukocytose fehlte;[1]) selbst habe ich 2 solche Fälle beobachtet. Von diesen 20 Fällen führten 17 (85 %) zum Tode. Diese Zahlen scheinen recht sehr zu Gunsten der prognostischen Bedeutung des Ausbleibens der Leukocytose bei Pneumonie zu sprechen, und ich glaube, dass man TSCHISTOWITSCH, welcher sagt, dass das Fehlen einer Leukocytose während der Fieberperiode bei einer Pneumonie in der grössten Mehrzahl der Fälle eine hohe Virulenz der Diplococcen angiebt und zu gleicher Zeit ein schlechtes prognostisches Zeichen ist, Recht geben muss.

Ein schnelles Zurückgehen der Leukocytose im Anfange der Krankheit, trotzdem die anderen Symptome in unvermindertem Grade fortbestehen, ist gleichfalls als ein schlechtes Omen anzusehen. Es sieht in solchen Fällen, möglicherweise in Folge einer schnellen Vermehrung der Bakterien, durch welche die Krankheit hervorgerufen ist, aus, als ob der im Anfange mässig virulente Infectionsstoff seinen Charakter verändere. BIGANSKI und BILLINGS führen solche Fälle von Pneumonie an, wo bei der ersten Untersuchung eine mehr oder weniger hochgradige Leukocytose gefunden wurde, die nachher verschwand. Diese Fälle verliefen letal.

Das Studium der morphologischen Verhältnisse der Leukocyten während der Pneumonie bietet ein recht grosses Interesse dar. Als ein auszeichnender Zug kann hervorgehoben werden, dass die Procentzahl der mononucleären Zellen während der Fieberperiode vermindert ist. Man kann jedoch nicht sagen, dass sich eine absolute Verminderung ihrer Anzahl in nennenswerthem Grade findet, und ich muss in BIEGANSKI's Behauptung einstimmen, dass die Anzahl der mononucleären Zellen im Blute bei der Pneumonie unbedeutenden Wechselungen unterworfen ist. Die Leukocytose kommt durch die einseitige Vermehrung der polynucleären Elemente zu Stande. Es ist recht interessant zu sehen, wie in verschiedenen der in die Tabelle aufgenommenen Fälle, wo tägliche Zählungen der Leuko-

[1]) Von diesen Fällen ist 1 von HALLA, 2 von HAYEM und GILBERT, 5 von SADLER, 1 von BIEGANSKI, 1 von BILLINGS, 1 von TSCHISTOWITSCH und 7 von CABOT beschrieben.

cyten vorgenommen worden sind, eine schnelle Vermehrung der Anzahl der Leukocyten eine entsprechende Verminderung der Procentzahl der mononucleären Zellenelemente zur Folge hat. Das entgegengesetzte Verhältniss, eine Verminderung der Gesammtzahl der Leukocyten und eine relative Vermehrung der einkernigen, kann ebenfalls in mehreren Fällen nachgewiesen werden.

Die eosinophilen Zellen zeigen bei der Pneumonie ein ziemlich charakteristisches und konstantes Verhältniss. Die grosse Mehrzahl der während der Fieberperiode ausgeführten Zählungen zeigt ihr vollständiges Fehlen im Blute. Nach dieser Periode oder während des letzten Theiles derselben treten sie dagegen von neuem und dann oft in einer besonders reichlichen Menge auf. Zappert fand während dieser Periode der Krankheit ebenfalls nicht selten sehr hohe Werthe für die Anzahl der eosinophilen Zellen, und Bieganski, der auch diesem Umstande seine Aufmerksamkeit geschenkt hat, benennt diesen Zustand des Blutes Eosinophilie. In ein paar Fällen (N:o 8 und 9), wo ich während einer kürzeren Zeit nach dem Aufhören des Fiebers die Veränderungen des Blutes täglich untersuchte, habe ich zeigen können, dass sich die im Anfange relativ hohen Werthe der eosinophilen Zellen allmählich vermindern.

Die einen tödtlichen Ausgang nehmenden Fälle zeigten, unabhängig von dem Auftreten der Leukocytose, in Betreff der eosinophilen Zellen dasselbe Verhältniss wie die anderen Fälle während der Fieberperiode.

IX. Pleuritis.

Während die Verhältnisse der Leukocyten bei der Pneumonie der Gegenstand sehr eifriger Forschungen gewesen sind, hat es die Pleuritis nicht vermocht, die Aufmerksamkeit in demselben Grade auf sich zu ziehen.

Halla untersuchte 2 Fälle von exsudativer Pleuritis, in denen er mit Bestimmtheit glaubte, die Tuberculosis als Ursache ausschliessen zu können. Ungeachtet ein hohes Fieber vorhanden war, zeigte sich hier keine Vermehrung der weissen Blutkörperchen.

In seinen Studien über die inflammatorische Leukocytose führt von Limbeck 4 Fälle an. In dem ersten dieser Fälle

Tabelle

Pleu-

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.	Bluttrockenpräparate. Mono-nucl.	Eosin.
1	Oskar F., 18 J., Knecht.	2. XI. 96	17	7,30 Uhr Nachm.	Gemischte Kost.	13800	—	—
		3. XI. »	18	12,30 » »		16300	12,86 %	7/1338
		4. XI. »	19	11,30 » Vorm.		14700	—	—
		5. XI. »	20	11 » »		15200	—	—
		6. XI. »	21	12,30 » Nachm.		11700	19,57 %	15/796
		8. XI. »	23	2,15 » »		9600	17,20 %	33/1056
		10. XI. »	25	1 » »		11300	—	—
		12. XI. »	27	2,30 » »		10600	—	—
		15. XI. »	30	8 » »		10100	—	—
		17. XI. »	32	9 » »		8700	—	—
		20. XI. »	35	8 » »		10200	—	—
		2. XII. »	47	7 » »		9200	—	—
2	Amalia J., 22 J., Dienstmädchen.	7. XI. »	14		Gemischte Kost.	5800	—	—
3	Erik S., 26 J., Buchhalter.	29. XI. »	—	12,30 » »	Gemischte Kost.	13600	10,09 %	14/1021
		30. XI. »	—	3,10 » »		11400	—	—
		2. XII. »	—	12,30 » »		11400	—	—
		7. XII. »	—	12 » Mittags.		11900	—	—
		8. XII. »	—	3,45 » Nachm.		12600	9,46 %	11/1195
		11. XII. »	—	1,30 » »		13400	—	—
		14. XII. »	—	1 » »		13000	—	—
		5. I. 97	—	12 » Mittags.		14000	—	—
		8. I. »	—	1,45 » Nachm.		12000	14,71 %	15/1034
4	August G., 49 J., Metallarbeiter.	28. III. 95	40	1 » »	Gemischte Kost.	4400	—	—

XIII.

ritis.

Temperatur. Morgens.	Temperatur. Abends.	Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
38	37,8	Tuberculöse Heredität. Erkrankte 14 Tage vor der Aufnahme in das Spital an Husten und Stechen in der linken Brusthälfte. Am 31. X. Fieberfrost und Stechen in d. rechten Brusthälfte.	Pleuritis sicca bilateral.
37,7	37,8	Doppelseitiges Exsudat bis zur Höhe der Ang. scap. Am rechten Angulus pleuritisches Reiben. Insuff. valv. mitral.	
37,5	38,3	Kein pleuritisches Reiben.	
36,8	37,9	Pleuritisches Reiben über der rechten Lunge wie vorher.	
37,7	37,7		
37,3	37,4		
36,8	37	Pleuritisches Reiben auch über der linken Lunge.	
37,5	37,2		
37,7	37,4		
37,6	37,4		
37,7	37,7	Das pleuritische Reiben unverändert.	
37,7	37,4	Pleurit. Reiben nur über der rechten Lunge. Am 15. XII. kein pleur. Reiben; wird mit leichter Dämpfung aus dem Spital entlassen. *Ord.* Salicyl. natr. 1 × 3.	
—	39,4	Erkrankte 14 Tage vor der Aufnahme in das Spital. Rechtsseitiges Exsudat bis zur Höhe des 8. Dornfortsatzes. Probepunction m. positivem Erfolg: Seröses Exsudat. Am 14. XI. das Exsudat fast vollständig resorbirt. Am 23. XI. Mit geringer Dämpfung aus dem Spital entlassen. *Ord.* Salicyl. natr. 1×4; Pil. jodet. ferros. 3×3.	Pleurit. exsudativa dextra.
36,5	37,4	Tuberculöse Heredität. Erkrankte im März 1896. Wurde in dem Krankenhaus vom 1. IV.—13. VI. gepflegt. — Diagnose: Pleuritis sin. Probepunctionen mit neg. Erfolg. Mit bedeutender Dämpfung entlassen. Am. 25. XI. 96. Starke Dämpfung über der ganzen Dorsalseite der linken Lunge.	Empyema pleurae sin.
37,2	37,8		
36,9	36,9		
37,1	37,4	Cirka 250 Kbcm. purulente Flüssigkeit durch Punction entleert. Injectionsversuch bei Meerschweinchen mit neg. Erfolg.	
37,7	38,4		
37,3	37,9		
37,3	37,1		
37,4	37,2	Resectio costae sin. IV. Punction von einem in der linken Glutealregion gelegenen, kalten Abscesse. Injection von Jodoformglycerin. *Ord.* Rosén.	
37,3	38,1		
39,2	38,8	Thorax paralytisch; über der Spitze der linken Lunge consonirende Rasselgeräusche. Erkrankte 3 Wochen vor der Aufnahme in das Spital. Rechtsseitige Dämpfung bis zur halben Höhe des Schulterblattes. 29. III. Probepunction: neg. Erfolg.	Pleurit. exsudat. sin.

No.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leokocytenzahl im Kbmm.	Bluttrockenpräparate.	
							Mononucl.	Eosin.
		1. IV. 95	44	7 Uhr Nachm.		4000	—	—
		8. IV. »	51	1,30 » »		4000	—	—
		26. IV. »	67	11,45 » Vorm.		5400	—	—
5	Ida I., 42 J., Dienstmädchen.	28. III. »	14	6,30 » Nachm.	Gemischte Kost.	9500	—	—
6	Hanna B., 33 J., Dienstmädchen.	29. IV. »	15	12.40 » »	Gemischte Kost.	5900	—	—
7	Ernst Gabriel J., 23 J., Feuerwehrmann.	27. IX. »	90	7,30 » »	Gemischte Kost.	9100	22,3 %	10/1082
8	Johan Aug. P., 34 J., Knecht.	1. X. »	54	1 » »	Gemischte Kost.	5000	28,4 %	24/1009
		2. X. »	55	12 » Mittags.		6000	—	—
9	Carl Gotth. F., 29 J., Seemann.	17. VI. 96	25	1 » Nachm.	Gemischte Kost.	9000	—	—
		20. VI. »	28	12,30 » »		5100	21,12 %	31/1058
10	Julia J., 34 J., Köchin.	1. IX. »	35	11,15 » Vorm.	Milch.	6300	—	—
		3. IX. »	37	1,30 » Nachm.	Gemischte Kost.	7400	—	—
		6. IX. »	40	1 » »		5500	25,15 %	18/1035
		9. IX. »	43	1,45 » »		6600	—	—
		13. IX. »	47	12,15 » »		5800	—	—

Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Morgens.	Abends.		
38,1	38,9		
37,1	38,1	16. IV. Dämpfung bis z. Ang. scap. 20. IV. Fühlbares pleuritisches Reiben. 17. VI. Probepunction mit positivem Erfolg: Seröses Exudat. *Ord.* Salicyl natr. 1×4; Jodet. kal. 0,5×3.	
38	37,6		
37,8	38,6	Erkrankte am 14. III. Linksseitiges, anfangs stationäres Exsudat bis zur Höhe des 5. Dornfortsatzes. 29. III. Durch Punction 1000 Kbcm. serösen Exsudates entleert. Am 6. IV. ohne Dämpfung entlassen. *Ord.* Salicyl. natr. 1×4; Jodet. kal. 0,5×3.	Pleurit. exsudat. sin.
38,5	38	Ein Bruder an Phthisis gestorben. Pat. erkrankte am 14. IV. Rechtsseitiges Exsudat bis zur Spitze des Schulterblattes. Probepunction pos.: seröses Exsudat. Rasche Resorption. Am 16. V. gesund entlassen. *Ord.* Salicyl. natr. 1×4.	Pleurit. exsudat. dextra.
37,9	38,9	Erkrankte 3 Monate vor der Aufnahme in das Spital. Linksseitiges Exsudat bis zur halben Höhe des Schulterblattes. Probepunction: hellgelbes, seröses Exsudat. Consonirende Rasselgeräusche in der fossa infraclav. sin. Das Exsudat blieb stationär bis 8. X.; darnach Resorption desselben. *Ord.* Salicyl. natr. 1×4; Jodet. kal. 1×3.	Pleurit. exsudat. sin.
38,6	39,4	Erkrankte am 8. VIII. Am 23. VIII. Linksseitiges Exsudat bis zur Spina scap. Probepunction: helles, seröses Exsudat. Am 19. IX. d. Exsud. bis zur Ang. scap. Am 24. IX. d. Exsud. bis zur Spina scap. Am 2. X. d. Exsud. bedeutend grösser. Durch Punction 3,400 Kbcm. serösen Exsudates entleert. 27. XI. Ohne nachweisbares Exsudat entlassen. *Ord.* Salicyl. natr. 1×4.	Pleurit. exsudat. sin.
38,8	40		
37,5	37,8	Seit 3 Jahren Rheum. art. Erkrankte am 23. V. Am 17. VI. rechtsseitiges, stationäres Exsudat bis zur Ang. scap. Durch Punction wurden an demselben Tage 1000 Kbcm. braungelben Exsudates entleert.	Pleurit. exsudat. serofibrinosa dextra.
36,7	37,6	Exsudat beträchtlich vermindert. Injectionsversuch bei Meerschweinchen: neg. Erfolg. Am 4. VII. mit geringer Dämpfung entlassen.	
37,2	37	Krank seit 1 Monat. Doppelseitiges Exsudat: links bis zur halben Höhe der Scapula; rechts nur geringes Exsudat. Probepunctionen: seröse Exsudate. Vom Exsudate wurden 10 Kbcm. in die Peritonealhöhle eines Meerschweinchens injiciirt. Bei der Section d. Meerschweinchens 6 Wochen später keine Spur von Tuberculosis.	Pleurit. exsudat. bilateralis.
37,2	36,9	Exsudat links bis zum Ang. scap.; rechts verschwunden.	
37	37,1		
37,2	36,9	Links pleuritisches Reiben.	
37,1	37,4	Am 28. IX. gesund aus der Behandlung entlassen. *Ord.* Salicyl. natr. 1×4.	

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leokocytenzahl im Kbmm.	Bluttrockenpräparate. Mononucl.	Bluttrockenpräparate. Eosin.
11	Maria J., 27 J., Frau.	5. IX. 96	31	12,45 Uhr Nachm.	Gemischte Kost.	7900	—	—
		6. IX. »	32	8,45 » Vorm.		8500	29,69 %	6/1035
		9. IX. »	35	12,45 » Nachm.		7900	—	—
		13. IX. »	39	11,40 » Vorm.		8900	—	—
		16. IX. »	42	2,30 » Nachm.		10300	—	—
		24. IX »	50	12,30 » »		10300	—	3/550
		5. X. »	61	1 » »		11400	—	—
		16. X. »	72			10600	—	—
		26. X. »	82	1 » »		11200	—	—
12	Gustaf G., 27 J., Tischler.	7. IX. »	—	11,30 » Vorm.	Gemischte Kost.	7600	19,86 %	23/623
		9. IX. »	—	11,30 » »		6100	—	—
		11. IX. »	—	7,45 » »		6900	—	—
		14. IX. »	—	1,45 » Nachm.		6400	—	—
		18. IX. »	—	8,30 » »		6100	—	—
13	Karl Anton K., 24 J., Seemann.	11. IX. »	21	9 » »	Gemischte Kost.	8600	—	—
		13. IX. »	23	1,10 » »		6500	—	—
		16. IX. »	26	11,30 » Vorm.		7500	—	—
14	Eleon. Elisab. E., 21 J., Dienstmädchen.	13. IX. »	19	1,40 » Nachm.	Gemischte Kost.	6700	38,16 %	8/727
		14. IX. »	20	10,30 » Vorm.		5100	—	—
		16. IX. »	22	1,30 » Nachm.		6200	—	—
15	Karl Gust. N., 24 J., Steinhauer.	15. X. »	10		Gemischte Kost.	6700	—	—
		18. X. »	13			6900	—	—

Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Morgens.	Abends.		
38,5	39,5	Ein Bruder phthisisch. Erkrankung 1 Monat vor der Aufnahme in das Spital. Rechtsseitiges Exsudat bis zur halben Höhe des Schulterblattes. Probepunction: seröses Exsudat.	Pleurit. exsud. dextra.
38,6	38,4		
37,8	38,3		
37,5	38,7		
37,2	38,2		
37,4	38,1	Die Höhe des Exsudates unverändert.	
37,4	37,8		
37,2	38	Das Exsudat bedeutend vermindert.	
—	—	Das Exsudat fast vollständig resorbirt. *Ord.* Salicyl. natr. 1×4; Pil. jodet. ferr. 3×4.	
38	38,6	Krank seit mehreren Monaten. Mittelgrosses, rechtsseitiges Exsudat.	Pleurit. exsud. dextra.
37,4	37,5	Probepunction: nur einige Tropfen trübe Flüssigkeit, die in die Peritonealhöhle eines Meerschweinchens injiciirt wurden. Bei d. Section d. Meerschweinchens keine Tuberculose. Am. 30. IX. die Höhe des Exsudates unverändert. Am 16. V. Der Pat. wird gesund entlassen. *Ord.* Salicyl. natr. 1×5; Pil jodet. ferr. 3×3.	
36,5	38,1		
36,3	37,3		
36,5	37,2		
—	38,3	Tub. Heredität. 1894 luetisch infectirt. Erkrankte 3 Wochen vor seiner Aufn. in d. Krankenhaus. Linksseitiges Exsudat bis zur halben Höhe des Schulterblattes.	Pleurit. exsud. sin.
38	38,2		
37,4	38,2	Die Grösse des Exsudates unverändert. Durch Punction 2500 Kbcm. serösen, blutgefärbten Exsudates entleert. (Leucoderma syphiliticum).	
Afebril.		Tub. Heredität. Krank seit 3 Wochen. Linksseitiges Exsudat bis zur halben Höhe der Scapula.	Pleurit. exsud. sin.
„		Durch Punction 1500 Kbcm. hellgelben, serösen Exsudates entleert.	
„		Injectionsversuch bei Meerschweinchen mit neg. Erfolg. Am 1. X. wird die Kranke symptomenfrei aus dem Krankenhause entlassen. *Ord.* Salicyl. natr.	
—	37,8	Wahrscheinlich tub. Heredität (Schwester an Phthisis gestorben). Erkrankte am 6. X. Mittelgrosses, linksseitiges stationäres Exsudat.	Pleurit. exsud. sin.
37,6	38	Wird am 7. XI. gesund aus dem Krankenhause entlassen. *Ord.* Salicyl. natr. 1×5.	

entwickelte sich im Anschluss an eine acute Pneumonie ein pleuritisches Exsudat, und gleichzeitig damit, dass die Temperatur in Folge hiervon wieder stieg, trat auch eine Erhöhung der Leukocytencurve ein, die erst bei der Absorption des Exsudates allmählich wieder auf ihr normales Niveau sank. Auf Grund dieses und einiger anderer analoger Fälle glaubte v. LIMBECK die Regel aufstellen zu können, dass sich bei einer Pleuritis konstant eine Leukocytose findet, so lange bei ihr inflammatorische Symptome, wie Fieber u. s. w., vorhanden sind, dass sich aber die Leukocytenzahl, wenn das Exsudat erst einmal stationär geworden ist, innerhalb normaler Grenzen bewegt.

RIEDER scheint von derselben Ansicht wie v. LIMBECK zu sein. Das Entstehen einer Leukocytose bei nicht tuberculösen inflammatorischen Processen in den serösen Häuten im allgemeinen beruhe weniger auf der Beschaffenheit des Exsudates, als auf dem Umstande, inwiefern der inflammatorische Process in der Entwickelung begriffen oder stationär ist. Auch PICK spricht sich in dieser Richtung aus. Von den übrigen Forschern, die sich mit Leukocytenbestimmungen bei Pleuritis beschäftigt haben: vermeiden es, SÖRENSEN, KOBLANCK, SADLER und BIEGANSKI, aus ihren Untersuchungen bestimmte Schlüsse zu ziehen.

Von 15 Fällen von Pleuritis, die ich untersucht habe, fand ich im 9 ungefähr die normale Anzahl weisser Blutkörperchen, in 3 eine gelinde Leukocytose und in 3 (in den Fällen 5, 7 und 9) Werthe, die auf der Grenze der physiologischen stehen.

Betrachten wir die Fälle der ersten dieser Gruppen etwas näher, so finden wir, dass sich in 1 der 9 Fälle, wo eine Leukocytose fehlte (N:o 4), Zeichen einer Tuberculose fanden, 4 verdächtig waren und in den übrigen 4 sich nichts entdecken liess, was die Annahme von der Tuberculose als der Ursache des Ergusses stützen könnte. In 1 Fall (N:o 8) fand sich hohes, in 6 Fällen gelindes Fieber, und in 2 Fällen war die Temperatur normal. In Fall 8 zeigten sich deutliche Zeichen, dass das Exsudat im Steigen begriffen war; die übrigen 8 Fälle waren in Bezug des Ergusses entweder stationär, oder in Resorption begriffen. Der letztgenannte Fall (N:o 8) scheint nicht für die Richtigkeit der Ansicht v. LIMBECK's und RIEDER's zu sprechen, dass ein in der Entwicklung begriffenes Exsudat von Leukocytose begleitet ist. Analog mit meinem oben besprochenen Falle 8 scheint auch SADLERS Fall 1 zu sein. Auch hier fehlte eine Leukocytose, ungeachtet die Temperatur im An-

fange hoch (über 39°) und das Exsudat offenbar in Entwickelung begriffen war.

Die Fälle 1, 3 und 11 zeigten eine deutliche Vermehrung der Leukocyten. In Fall 3, der sicher von tuberculöser Natur war, zeigte der Erguss eine eiterige Beschaffenheit. Sörensen, Koblanck, v. Limbeck und Bieganski haben ebenfalls eine Leukocytose bei eiteriger Pleuritis beobachtet. Oft stand der eiterige Erguss auf tuberculöser Basis.

In den beiden anderen Fällen derselben Gruppe liess sich das Vorhandensein einer Tuberculose argwöhnen. In Fall 1 zeigte sich im Anfange das eine und das andere Mal eine geringe Steigerung der Temperatur, und in Fall 11 überstieg die Abendtemperatur während des grössten Theiles der Zeit, die die Patientin im Krankenhause zubrachte, 38°. Deutliche Zeichen einer Vermehrung des Exsudates fanden sich in keinem dieser Fälle. Dasselbe zeigte sich im Gegentheil in Fall 11 während der letzten Zeit des Aufenthaltes der Patientin im Krankenhause in Resorption begriffen.

In den 3 übrigen Fällen, in denen Leukocytenwerthe von 9,000 oder wenig darüber erhalten wurden, waren anfangs alle Exsudate stationär; in einem dieser Fälle fanden sich Zeichen von einer Tuberculose.

Auf die Ergebnisse meiner und der Untersuchungen anderer Forscher über das Verhältniss der Leukocyten bei Pleuritis gestützt, will ich hier folgende Sätze aufstellen:

1) Eiterige pleuritische Exsudate scheinen stets mit einer Vermehrung der weissen Blutkörperchen verbunden zu sein.

2) Seröse Ergüsse zeigen ein wechselndes Verhalten. In der Mehrzahl der Fälle findet sich keine Leukocytose, gleichviel ob das Exsudat auf tuberculöser Basis steht, oder nicht und ob Fieber, oder ob kein Fieber vorhanden ist.

3) Ueber die Ursache, weshalb einzelne Fälle von seröser Pleuritis mit Leukocytose vereinigt sind, kann noch nichts entschieden werden. Das Entwickelungsstadium des Exsudates scheint für das Entstehen der Leukocytose nicht absolut entscheidend zu sein.

Es ist möglich, dass v. Limbeck's und Rieder's Ansicht, was die Pleuritis betrifft, die im Anschluss an eine Pneumonie auftritt (die metapneumonische Pleuritis), richtig ist. Dass diese Ansicht nicht immer für die idiopathische Pleuritis gel-

tend ist, glaube ich durch die oben angeführten Untersuchungen bewiesen zu haben.

Was das Verhältniss anlangt, in welchem die verschiedenen Leukocytenarten zu einander stehen, haben meine Untersuchungen ergeben, dass es im allgemeinen normal ist. In den Fällen 1 und 3, wo eine Leukocytose vorkam, konnte eine procentische und also auch absolute Vermehrung der polynucleären Elemente nachgewiesen werden. Die Anzahl der eosinophilen Zellen lag stets innerhalb normaler Grenzen.



Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.

Nordisk medicinsk literatur från 1897.

Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi: OLOF HAMMARSTEN: Öfversikt af några nyare undersökningar rörande järnmedlens resorption. — ERIK HOLMGREN: Om fenylhydrasinprofvet och dess användbarhet för påvisande af socker i urin.

OLOF HAMMARSTEN: **Öfversikt af några nyare undersökningar rörande järnmedlens resorption.** Upsala läkareför. förhandl., n. f., bd 2, sid. 181.

Uppsatsen slutar sålunda: »Tager man en öfverblick af de nu meddelade undersökningarna (af bl. a. WATTERING, KUNKEL, GAULE), så peka de alla mot ett och samma faktum. På väsentligt olika vägar samt genom undersökningar, hvilka i väsentliga delar komplettera och kontrollera hvarandra, har man sålunda kommit till resultat, hvilka, åtminstone för så vidt vi nu kunna skåda förhållandena, bestämdt synas utvisa, att i tarmen en resorption ej blott af järnet i födoämnena, utan äfven af det medikamentösa järnet samt t. o. m. af de oorganiska järnpreparaten eger rum.» Sålunda kan man numera icke tillerkänna den altifrån dess framläggande så uppmärksammade Bunge'ska teorien någon generel betydelse. *C. Th. M—r.*

ERIK HOLMGREN: **Om fenylhydrasinprofvet och dess användbarhet för påvisande af socker i urin.** Upsala läkareför. förhandl., n. f., bd 2, sid. 231.

Förf. söker bl. a. visa, att detta prof är *altför* känsligt för att utan vidare kunna användas i praktiskt syfte: uti 10 kcm. vätska kunde förf. påvisa en drufsockermängd af ända ned till 0,03—0,1 mgm (!) och bland öfver 100 urinprofver från personer af olika samhällsställning, ålder och kön fann han *ej ett enda*, som ej gaf positift utslag. Enligt förf:s utan tvifvel fullt riktiga åsikt, gör man bäst i att vid praktisk urinpröfning lemna fenylhydrasinprofvet derhän och åtnöja sig med det bepröfvade Almén'ska vismutreagenset. Af förf. utförda smärtpunktbestämningar å osazoner antyda förekomsten af små mängder *pentos* i normal urin jämte dextros.

C. Th. Mörner.

Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi:
I. V. HJELMMAN: Bidrag till kännedomen om de histo-patologiska väfnadsförändringarnas persistens vid syfilis. — AAGE A. MEISLING: Om Propagation med »nervus opticus» af Sarkomer, opstående indenfor bulbus oculi. — A. O. LINDFORS och C. SUNDBERG: Bidrag till eklampsiens kasuistik och patologi. — CARL JULIUS SALOMONSEN: Fremstilling og Uddeling af antidifterisk Serum i Danmark.

I. V. HJELMMAN: **Bidrag till kännedomen om de histo-patologiska väfnadsförändringarnas persistens vid syfilis.** Nordiskt med. arkiv, 1896, n:r 2.

Se comptes-rendus. Nord. med. arkiv, 1897, n:r 6, s. 2.

AAGE A. MEISLING: **Om Propagation med "nervus opticus" af Sarkomer, opstående indenfor bulbus oculi.** Nord. med. Arkiv, 1897, N:r 1. Med én Tavle.

Se comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, 1897, N:r 6, S. 1.

A. O. LINDFORS och C. SUNDBERG: **Bidrag till eklampsiens kasuistik och patologi.** Upsala läkareför. förhandl., n. f., bd 2 (1896—1897), s. 91—114.

Uppsatsen redogör kliniskt för 2 fall af eklampsi med dödlig utgång, det ena hos en 28-årig, det andra hos en 38-årig förstföderska (LINDFORS) samt för obduktionsföreteelserna och resultaten af den mikroskopiska undersökningen i båda fallen, hvarjämte en kort öfversikt lemnas af nyare undersökningar öfver eklampsiens patologi (SUNDBERG).

SUNDBERG sammanfattar de väsentligare gemensamma förändringarna, som träffats i de båda af honom undersökta fallen, sålunda: 1:o multipel avtokton trombos med konsekutiva cirkulationsrubbningar och nekroser, framför alt i lefvern, men också i lungorna samt i det ena fallet i mjälten; 2:o parenkymcellsembolism af lefverceller och i det ena fallet därjämte af syncytiumceller; 3:o parenkymatös degeneration af njurar (= »graviditetsnefrit»), af myokard, af lefver och 4:o infarkter och blödningar i placenta.

Ur samtliga nyare undersökningar på detta område framgår: 1:o att det eklamptiska anfallet för flertalet fall ej kan förklaras ur njurförändringarna, om också en uremisk form af eklampsi ej bör förnekas; 2:o att eklampsien sannolikt beror på en avtointoxikation, nämligen i första rummet en placentar, i andra en renal och i tredje en infektiös avtointoxikation; 3:o att eklampsien utmärkes af en tämligen regelbunden komplex patologiskt-anatomiska förändringar: a) multipla avtoktona tromber med sekundära hyperemier, anemier, anemiska och hemorragiska nekroser och infarkter, af hvilka lefver-, njur-, lung- och hjärnförändringarna äro de vanligaste; b) dubbel parenkymcellsembolism, af lefver- och syncytiumceller samt c) placentarförändringar: nekroser och blödningar.

Vestberg.

CARL JULIUS SALOMONSEN: **Fremstilling og Uddeling af antidifterisk Serum i Danmark.** Köbenhavn 1897.

Afhandlingen er en udförlig Indberetning til Ministeriet for Kirke- og Undervisningsväsenet om den Måde, hvorpå den serumterapevtiske Afdeling i Universitetslaboratoriet for medicinsk Bakteriologi har arbejdet, og indeholder en detaljeret Fremstilling af Lokalernes Indretning m. m. Der fremhäves de store Vanskeligheder, der var at overvinde; således måtte over 20 forskellige danske, tyske og franske »Racer» af Difteribaciller pröves, inden det lykkedes at erhverve en, der producerede tilsträkkelig stärkt Toxin; end videre virkede det overordentlig generende, at Laboratoriet gjorde den hidtil ikke konstaterede, i hvert Fald ikke offentliggjorte, Erfaring, at det antidifteriske Serums Styrke — i hvert Tilfälde som Regel — falder efter nogen Tids Forlöb trods fortsatte Toxinindspröjtninger, så at den omhyggeligt präparerede »Serumhest» bliver ubrugelig. Som Fölge heraf har Laboratoriet en kort Tid måttet indstille den gratis Udlevering af Serum; i övrigt er der vederlagsfrit udsendt til Läger over hele Landet 119,74 Liter Serum i Doser på 20 og 10 Kcm.

Det danske Serum er ikke så stärkt som det tyske fra Fabriken i Höchst, derimod til Dels betydeligt stärkere end Serum fra Institut Pasteur.

Laboratoriet har end videre udsendt Skemaer til Landets Sygehusläger for at erfare disses forelöbige Skön over Metodens Nytte; gennemgående synes Resultaterne at have väret särdeles tilfredsstillende. Prof. SÖRENSEN på Blegdamshospitalet anförer, »at Difteriserum med Fordel kan benyttes ved visse Former af Difteri og navnlig på visse Stadier i denne Sygdom. Da Resultatet af Serumbehandlingen på Blegdamshospitalet har väret absolut bedst i de sidste $\frac{3}{4}$ År, i hvilke der er anvendt et antitoxinrigt dansk Serum, er man berettiget til at forudsätte, at fortsatte Forbedringer i Serumtilvirkningen ville give tilsvarende terapevtiske Resultater.»

Til Slutning beröres kortelig de videnskabelige Arbejder, der ere udförte på Afdelingen, dels med Hensyn til Difteriserum, dels vedrörende Muligheden af at fremstille et antituberkulöst Serum, samt endelig Forsög med Antistreptokokserum, Antikoleraserum og Tyfusserum.

H. Jacobæus.

Speciel patologi och terapi: N. KULNEFF: Om lungtuberkulosens diagnos, prognos och behandling. — ISRAEL-ROSENTHAL: Om Hjärtets Perkussionsforhold med särligt Hensyn til den afdämpede Perkussion. — SJÖBERG: En lille Bemärkning om paracentesis abdominis. — C. LANGE: Bidrag til Urinsyrediatesens Klinik. — F. W. WARFVINGE: Om kloros och järnbehandling. — J. S. MÖLLER: Om Klorose og Järnterapi. — B. BUHRE: Om mjölksyrereaktionens betydelse för diagnosen af magkräfta. — JOH. FIBIGER: Om Bekämpelse af Difteriepidemier ved Isolation af Individer med Difteribaciller i Svälget.

N. KULNEFF: **Om lungtuberkulosens diagnos, prognos och behandling.** Föredrag hållet i Lunds läkaresällskap den 24 nov. 1896. Eira 1897, s. 3 och 41.

Förf. påpekar det mål, till hvilket vi med afseende på tuberkulossjukdomen närmast böra sträfva och antyder de vägar, på hvilka vi lättast böra nå detta mål:

Han önskar få infördt ett för hela landet obligatoriskt uppsamlande, tillvaratagande och bearbetande af alla statistiska fakta angående tuberkulosen.

Tillfredsställande desinfektion efter lungtuberkulösa borde vara i lag stadgad. Tillräckligt effektiva bestämmelser för förhindrande af alimentär tuberkulos borde finnas.

Ett för fattiga skrofulösa barns rationela vårdande lämpligt sanatorium borde anskaffas.

Vi böra sträfva att få till stånd folksanatorier, och dessa folk sanatorier böra anskaffas länsvis.

Edgren.

ISRAEL-ROSENTHAL: **Om Hjärtets Perkussionsforhold med särligt Hensyn til den afdämpede Perkussion.** Med 7 Zinkotypier. Nord. med. Arkiv, 1897, N:r 4.

Se comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, 1897, N:r 6, S. 3.

SJÖBERG: **En lille Bemärkning om paracentesis abdominis.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 81.

Forf. anbefaler för paracentesis abdominis i Anledning af ascites at give Patienten Sekale for at holde Blodkarrene i en Kontraktionstilstand og derved formindske Faren for Indvirkning på Hjärteaktionen, og han meddeler en Sygehistorie, der synes at vise Nytten af denne Forholdsregel.

F. Levison.

C. LANGE: **Bidrag til Urinsyrediatesens Klinik.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 1, 21, 45, 69.

I Tilslutning til tidligere Arbejder meddeler Forf. fra sin Praxis en Räkke Iagttagelser af Sygdomsbilleder af forskellig Art, som ere

knyttede sammen ved en rigelig Urinsyreudskillelse eller ved at forekomme i Slägter, i hvilke Gigt eller Nyregrus vare hjemme, og som derfor antages at skyldes Urinsyrediatese.

Forf. gör först opmärksom på Urinsedimenternes forskellige Art og Betydning, omtaler dernäst Artriten, som jävnlig begynder allerede i Ungdommen, särlig med blöde Fortykkelser om Leddene, og omtaler, at sådanne blöde Knuder også kunne opträde under Hovedhuden som flade, rundagtige Hävelser af 10—25 Öres Större1se, der kunne komme og svinde og kunne väre forenede med periodisk Depression, således som i et Par meddelte Sygehistorier.

Forf. dröfter dernäst Nevralgierne, särlig Ansigtsnevralgierne, som efter hans Opfattelse meget hyppigt ere afhängige af Urinsyrediatesen og måske skyldes uratiske Aflejringer i eller om Nerveskederne, hvilket vilde forklare Nytten af konstant Elektricitet, anvendt i sin mest kemisk virksomme Form til Elektrolyse; mindre bestemt udtaler L. sig om ischias og Facialisparalyse. Derimod hävder han ret bestemt, at Akrodyni og Akroparästesi skyldes Urinsyrediatesen, og anförer 3 Sygehistorier som Bevis herfor. End videre nävnes iritiske Betändelser, Kongestioner til Ansigtet, Depressioner med og uden Tvangstanker, urticaria, cirkumskript Ödem, Ekzem; fra Luftvejenes Side Katarrer, särlig periodisk Snue, astmatiske Åndedrätsbesvärligheder som afhängige af Diatesen; endelig også de Symptomer, som skyldes Reflexer fra Nyrerne, således som udstrålende Smerter o. s. v.

Afhandlingen er ledsaget af en stor Mängde Sygehistorier; angående Detaljer må henvises til Originalen.

F. Levison.

F. W. WARFVINGE: **Om kloros och järnbehandling.** Föredrag vid 1:sta nord. kongressen för invärtes medicin. Nord. med. arkiv 1896, tilläggshäfte (kongressens förhandlingar), s. 63—65.

Förf. betonar, att *klorosen* är en självständig, från anemi skild sjukdom. Med denna specificitet sammanhängde järnets frappanta verkan vid nämnda sjukdom. — För att visa, att järnets verkan icke eger rum i tarmkanalen (BUNGE), behandlade W. kloros med subkutana injektioner (citr. ferric. 0,1 gm 3 ggr dagl.) och erhöll därmed kraftig verkan, lika god som med femdubbla dosen per os; gafs samma dos per os som subkutant, erhöls blott ringa effekt. Organiska järnpreparat (ferratin, hemol, hemogallol, liq. ferri album.) visade sig underlägsna vanliga sådana. — En vanlig brunnstermin vid Ronneby betecknas af förf. såsom otillräcklig att bota kloros. Slutligen framhåller han, att nämnda sjukdom ibland visar benägenhet att uppträda epidemiskt, och att den på detta och andra skäl med sannolikhet vore att anse såsom en infektionssygdom.

C. G. Santesson.

J. S. MÖLLER: **Om Klorose og Järnterapi.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 169, 193.

Oversigtsartikel. *F. Levison.*

B. BUHRE: **Om mjölksyrereaktionens betydelse för diagnosen af magkräfta.** Hygiea 1897, I, s. 1.

Arbetet sönderfaller i tvänne delar:

I. *Några ord om ventrikelns bakterier*, hvari visas, att i de fall, i hvilka mjölksyra ej fans, förekommo bakterier endast i sparsam mängd eller ej als; i de fall, hos hvilka mjölksyra fans, var bakteriehalten enorm; en art var totalt öfvervägande öfver alla de andra, nämligen b. subtilis.

II. *Om mjölksyrans uppträdande i ventrikeln.* Förf. kommer till följande resultat:

Mjölksyrebildningen är ej för kancern specifik.

B. subtilis har i förf:s fall varit mjölksyrebildande agens.

Aldehyd-mjölksyreprofvet besitter för kliniskt och praktiskt behof icke några företräden framför UFFELMANNs reaktion.

Mjölksyra kan ofta, men långt ifrån alltid, påvisas i profmåltiden vid malign nybildning i ventrikeln. Den förekommer äfven vid stagnation på benign grund. I senare fallet gifva stenossymptomens intensitet en fingervisning om diagnosen.

Mjölksyra är alltid ett tecken på en retention, som ej kunnat genom magsköljning undanrödjas.

Förf. afslutar sitt arbete med 66 sjukhistorier i sammandrag.

Edgren.

JOH. FIBIGER: **Om Bekämpelse af Difteriepidemier ved Isolation af Individer med Difteribaciller i Svälget.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, Sid. 93.

Talrige Undersögere have fundet, at Difteribacillerne kunne findes i Svälget på sunde Individer, hvad enten disse have overstået en Attake af Difteri for nylig eller slet ikke have väret angrebne af Sygdommen, og at sådanne Individer kunne väre Smittebärere. Forf. har samlet en Del Beviser for denne Sätning.

Da en Difteriepidemi på Opdragelsesanstalten Herlufsholm atter og atter angreb Disciple trods anvendt Hospitalsbehandling, Desinfektion o. s. v., undersögte Forf. alle Beboerne af Anstalten, i alt 134; ingen af dem led da af Difteri; men hos 22 fandtes Difteribaciller eller lignende Stave; disse deltes atter i 3 Grupper:

a) 10 Individer med korte Stave (bacilles courts Martin);

b) 4 Individer med sparsomme lange Stave, der lignede Difteribaciller, men ikke havde dannet karakteristiske Kolonier på Kulturerne;

c) 8 Individer med utvivlsomme Difteribaciller.

De 2 förste Grupper isoleredes til Observation en kortere Tid; kun hos 2 Individer af disse Gruppe fandtes senere virkelige Difteribaciller. Efter at Isolation var ivärksat, standsede Epidemien; Isolationen fortsattes 1 til $2\frac{1}{2}$ Måned, d. e. indtil gentagne Kulturforsög viste, at Svälget ikke mere indeholdt Difteribaciller; senere holdtes Eleverne dog i nogen Tid borte fra Skolen.

Gurgling, Udskylning o. s. v. syntes ikke at have nogen väsentlig baktericid Virkning.

F. Levison.

Kirurgi och oftalmiatrik: JOHAN WIDMARK: Om den operativa behandlingen af omogna och partiela starrar. — CHR. F. BENTZEN: En Gråspurv som »Stärstikker». — ALLVAR GULLSTRAND: En glasögonordination med nutidens hjälpmedel. — KARL DAHLGREN: Ett fall af otitisk pyemi. Operation. Hälsa. — V. LANGE: Om »adenoid» habitus. — LANGGAARD: Trakeotomi og Fonetik. — KARL DAHLGREN: Fall af diffus purulent peritonit efter gangrenös appendicit. Ovarialkystom. Operation. Hälsa. — B. FLODERUS: Fall af akut gangrenös appendicit med perforation af appendix, varig periappendicit och diffus sero-fibrinös peritonit. Laparotomi med exstirpation af appendix. Hälsa. — K. G. LENNANDER: Om intraabdominel, temporär kompression af aorta eller någon af dess största grenar vid vissa bäcken- eller bukoperationer. — K. G. LENNANDER: Om njursten med två lyckligt opererade fall. — K. G. LENNANDER: Om behandlingen af ruptur af det bakre urinröret med 4 fall. — G. EKEHORN: En ovanlig form af infektion i hud och underhud med dödlig utgång. — JENS SCHOU: SCHLEICHS Infiltrationsanästesi.

JOHAN WIDMARK: **Om den operativa behandlingen af omogna och partiela starrar.** Hygiea 1896, II.

Förf. redogör först för de tre starrmognande operationerna: discissionen, iridektomien och kortextrituren. Rörande sist nämnda operation meddelas från Serafimerlasarettet en statistik af 16 fall. I ett af dessa, en partiel starr vid bakre polen, blef operationen utan resultat. I ett annat var starren vid pat:s utskrifning föga förändrad. I de 14 öfriga var inverkan af operationen påfallande. I två bland dessa tillstötte retningssymptom, i det ena i form af en häftig iridocyklit. Här måste en iridektomi sedan göras. I tre fall måste sekundär discission företagas.

Förf. beskrifver sedan de olika försök, som på senare tiden företagits, att direkt extrahera omogen starr. Urspolning af främre kammaren, enligt Mc. KEOWNs och WICHERKIEWIEZ' metod, försöktes år 1889 å Serafimerlasarettet i 13 fall. Resultatet var dock ej uppmuntrande. Å 11 fall cataracta senilis måste sedan discission göras i 5, iridektomi i 2. I det ena af de sist nämnda erhöll pat. endast fingerräkning å två fot.

Under de senaste åren har förf. vid behandling af omogna och partiela starrar i regel följt de af SCHWEIGGER uppstälda indikationerna: discission enbart hos patienten under 20 år, discission och extraktion i åldern 20—40 år, kortextritur och extraktion mellan 40—60 år, extraktion utan förberedande operation i åldern öfver 60 år. En statistik å 100 fall, behandlade enligt dessa indikationer, meddelas. I 98 % erhöls godt resultat. I ett fall blef resultatet mindre godt i följd af kvarstående kokaingrumling i hornhinnan. I ett fall, där opera-

tionen förlöpte utan komplikation, inträffade suppuration 48 timmar efter extraktionen.

Widmark.

CHR. F. BENTZEN: **En Gråspurv som "Stärstikker".** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 156.

En Gråspurv flöj med stor Kraft imod en Mands Öje og frembragte derved en transversel Ruptur af cornea samt Fordunkling af Linsen. Iagttagelsen skete 2 Timer efter Läsionen.

Edm. Jensen.

ALLVAR GULLSTRAND: **En glasögonordination med nutidens hjälpmedel.** Upsala läkareför. förhandl., bd 2, 1896, s. 1.

Förf. skildrar lättfattligt de olika sätten att bestämma ögats refraktion i DONDERs metod, bestämningen med ögonspegeln i rättvänd bild samt skioskopien; han framhåller därjämte särskildt betydelsen af undersökning på astigmatism.

Widmark.

KARL DAHLGREN: **Ett fall af otitisk pyemi. Operation. Hälsa.** Upsala läkareför. förhandl, n. f., bd 1.

Pat. var en 16-årig tjänsteflicka, som intogs på kirurg. afd. af Upsala akad. sjukhus den $^{11}/_{5}$ 1896, och den detaljerade diagnosen lydde: otitis media purul. chron. p. diphteriam; ostitis suppurat. part. mast.; abscess. extradural. foss. cranii post.; thrombophlebitis sin. transv. et cavernos; pyæmia. Operationen bestod i uppmejsling af pars mast., underbindning af vena jugul. int. och (i en senare séance) utrymning af sinus transv. och öfre delen af vena jugul. int. Efter en förbättring, som varade några dagar, försämrades åter pat:s tillstånd (feber, frysningar). Denna försämring anser förf. beroende på en trombos i sinus cavernos, yttrande sig bl. a. genom stark svullnad i ansiktet. Trots denna svåra komplikation gick fallet till hälsa.

Dahlgren.

V. LANGE: **Om "adenoid" habitus.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 1.

Henleder Opmärksomheden på, at den adenoide habitus ikke er absolut patognomonisk for de adenoide Vegetationer i Näsesvälgrummet, idet der forekommer Individer, der have adenoid habitus og forskellige adenoide Symptomer, men som alligevel ikke have mindste Spor af Hypertrofi af det adenoide Väv i Näsesvälgrummet og må formenes aldrig at have haft en sådan.

Schmiegelow.

LANGGAARD: **Trakeotomi og Fonetik.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 15.

Svar til J. MÖLLERs og FORCHHAMMERs Artikler om samme Ämne.

Schmiegelow.

KARL DAHLGREN: **Fall af diffus purulent peritonit efter gangrenös appendicit. Ovarialkystom. Operation. Hälsa.** Upsala läkareförenings förhandl., n. f., bd 2, s. 274.

En 27-årig tjänsteflicka, som länge varit sjuklig och under våren vårdats på Akad. sjukhuset i Upsala för colitis membranacea, insjuknade häftigt natten mellan den 8 och 9 aug. 1896 med värk, frysningar och kräkningar. Följande dag intogs hon å samma sjukhus' med. afd. och öfverflyttades d. 11 till kirurg. afd. Här gjordes genast en incision i bakre fornix vaginæ, hvarigenom en del var uttömdes ur lilla bäckenet. Efter någon förbättring instälde sig följande dag tecken till allmän peritonit. Buken öppnades nu i linea alba och stora mängder tunnt var utrunno från skilda delar af bukhålan. Sedan ett horisontalt snitt lagts från det förra genom högra m. rectus kunde den i bäckenet fastlödda proc. vermif. lösas och exstirperas. Bukhålan utspolades med rikliga mängder koksaltlösning och dränerades genom tamponad och glasrör. Härefter inträdde förbättring. Den 26 exstirperades (af prof. LENNANDER, som från den 15 ledt efterbehandlingen, Ref.) från den förlängda vaginalincisionen en vid första operationen, på närmare angifna grunder, kvarlemnad ovarialcysta. Den $^{31}/_{10}$, då pat. visade sig för förf., var hon frisk. Afföring utan laxermedel eller lavemang. *Dahlgren.*

B. FLODERUS: **Fall af akut gangrenös appendicit med perforation af appendix, varig periappendicit och diffus sero-fibrinös peritonit. Laparotomi med exstirpation af appendix. Hälsa.** Upsala läkareför. förhandl., n. f., 1896.

Förf. meddelar en utförlig sjukhistoria om en 25-årig man, som med fullt tillfredsställande resultat radikalt opererades för diffus serofibrinös peritonit 100 timmar efter uppkomsten af de första symptomen. Därefter lemnas redogörelse för den af prof. LENNANDER å Upsala kirurgiska klinik använda operativa behandlingsmetoden å appendicit.

Förutom ett möjligast radikalt aflägsnande och dränerande af den infektiösa härden lägges särskilt stor vikt på en energisk och uppmärksam efterbehandling. Denna är å ena sidan stimulerande (kamfer, alkohol, digitalis, NaCl-transfusioner o. s. v.), å andra sidan afser den samma att snarast möjligt ur organismen eliminera de förefintliga toxinerna medelst diuretrica, drastica o. s. v. För att motverka uppkomsten af en adhesiv peritonit gifves snarast möjligt kalomel, hvaremot narcotica om möjligt icke användas. Så länge peristaltiken ännu icke kommit fullt i gång, gifves ingen fast föda per os.

Floderus.

K. G. LENNANDER: **Om intraabdominel, temporär kompression af aorta eller någon af dess största grenar vid vissa bäcken- eller bukoperationer.** Upsala läkareför. förhandl., n. f., bd 2.

Den 25 januari 1897 opererade förf. en 49 års ogift kvinna, å hvilken en större tumörmassa utfylde nedre delen af buken och lilla bäckenet. Diagnosen stäldes på ett par ovarialtumörer, som utvecklat

sig nedåt lilla bäckenet under upplyftande af uterus. Vid operationen snitt från symfysen till nafveln. För att komma åt svulstmassans sidodelar måste hela vänstra och halfva högra musc. rectus genomskäras. Svulsterna, som visade sig vara ett par papillära kystom, voro oskiljaktigt förenade med hvarandra och med uterus samt fastväxta vid omentet, tunntarmar, cœcum, flex. sigmoid. och dess mesocolon. Redan före operationen hade operatören öfverenskommit med en af sina assistenter om att denne skulle komprimera aorta, om det visade sig omöjligt att beherska blödningen med klämpincetter. Då nu under lösandet af sammanväxningarna blödningen blef synnerligen besvärlig, började assistenten komprimera aorta ofvanför dennas delning. Blödningen stannade genast. Svulsterna löstes ut utan svårighet och exstirperades jämte uterus. Då man efter underbindning af kärlen upphörde med kompressionen blödde endast några små kärl. Peritoneum hopsyddes, sårhålan dränerades genom vagina. Dessutom dränage genom nedre delen af buksåret och vid laterala kanterna af musc. recti. Förloppet var gynsamt. Pat. var läkt den 11 mars.

Kompressionen varade minst $\frac{3}{4}$ timme och utfördes med vänstra handens pekfinger, hvarvid den högra handen hvilade på den vänstra. Under kompressionen gick narkosen lugnt, och pulsen var god, men då man upphörde att komprimera, blef pat. blek och pulsen mycket hastig. Pat. fick då 40 cgm kamfer subkutant samt 1300 kcm. 0,9 % koksaltlösning intravenöst, hvarefter tillståndet bättrades.

Förf. framhåller därpå betydelsen af en kompression af aorta eller någon af dess grenar icke blott vid bäckenoperationer utan äfven vid andra operationer inom bukhålan och sammanfattar sina åsikter i följande punkter:

1) Göres en bred kompression öfver aorta ofvanför dess delning, så blir hela lilla bäckenet i det närmaste blodfritt.

2) Hoptryckes a. iliaca communis mot kotpelaren eller os sacrum ofvanför articulatio sacro-iliaca, så kan man operera nästan blodfritt i ena bäckenhalfvan.

3) Aortakompressionen utfördes i förf:s fall under mer än $\frac{3}{4}$ timme, utan att någon olägenhet däraf visat sig.

4) Då kompressionen upphör, har man att vänta sig en hastig försämring af hjärtverksamheten på grund af en vasomotorisk pares i vidsträckta kärlområden. Därför bör alt vara ordnadt för att omedelbart kunna göra en intravenös infusion med koksaltlösning.

5) Vid resektioner ur mjälten eller vid exstirpationer af en icke rörlig mjälte kan man tänka på en kompression af a. lienalis vid öfre kanten af pancreas emot vänstra sidan af kotpelaren.

6) Vid särskildt svåra njurexstirpationer, där man i alla fall öppnar peritonealhålan, bör man få god hjälp af en kompression af njurkärlen mot högra eller vänstra sidan af kotpelaren.

R. Lundmark.

K. G. LENNANDER: **Om njursten med två lyckligt opererade fall.** Upsala läkareför. förhandl., n. f., bd 2, s. 56.

Fall af njursten förekomma ej sällan, där den typiska s. k. njurstenskoliken eller ureterkoliken, såsom den enligt ROVSING rättare bör benämnas, als icke uppträder. Om nämligen, såsom i förf:s första fall, stenen ligger fixerad i njuren eller njurbäckenet, så framkallar den ingen ureterkolik. Blödningar, som man likaledes gärna fordrar för diagnosen njursten, kunna också utebli, d. v. s. man finner makroskopiskt intet blod i urinen. En mikroskopisk undersökning af urinen däremot lemnar ofta viktiga upplysningar, ty, såsom förf. framhåller, förekomma i urinen vid njursten nästan konstant levkocyter samt ofta röda blodkroppar, kristaller och s. k. njurbäckenepitel. Dessutom finnes vanligen albumin i mindre mängd. Af vikt för diagnosens ställande är vidare, om urinsyrediates förefinnes inom släkten. Smärtorna vid njursten förekomma dels i form af ureterkolik, dels såsom fix smärta i njurtrakten. Denna smärta stegras ofta vid rörelse och framkallas äfven vid palpation. Om öfriga tecken till sten finnas, utan att man kan genom palpation framkalla smärta, har man att tänka på en inkilad uretersten.

Förf. omnämner därpå indikationerna för ett operatift ingrepp samt redogör för sitt tillvägagående vid nefrolitotomi och för den behandling, han låter patienten undergå före och efter operationen. Särskildt framhålles betydelsen af att åstadkomma en kraftig diures.

Fall 1. 18 års flicka, som alt sedan sitt femte år lidit af smärtor i högra sidan af buken, hvilka uppträdde anfallsvis, åtföljda af kräkningar. Patienten ansågs länge lida af myiter i ländmuskulaturen och undergick massagebehandling under ett par år. En höggradig nervositet utvecklade sig. Värken blef kontinuerlig, och albumin uppträdde i urinen. Albumin har sedan altjämt förefunnits, ehuru aldrig i större mängd. Vid upprepade undersökningar, som förf. företog, visade sig urinen innehålla albumin i små mängder (0,5 $^0/_{00}$), röda blodkroppar, amorfa urat, urinsyre- samt oxalsyrekristaller, men ej cylindrar. Urinen aldrig blodfärgad. Tryckömhet öfver högra njurtrakten. Förf. var på grund af symptomen öfvertygad om, att en oxalatsten fans i högra njuren. Vid operationen kunde man ock, sedan njuren framdragits, känna en sten i njurbäckenet. Njuren klöfs genom ett snitt från den konvexa randen in till bäckenet. Stenen låg så fast vid njurbäckenets vägg, att den måste brytas loss med ett elevatorium. Samtliga calyces voro betydligt utvidgade. Njuren hopsyddes med katgut, och mjukdelarna genom etagesuturer. Den uttagna stenen befans vara en oxalatsten, stor ungefär som en spansk nöt. Läkningen af såret försiggick utan komplikationer. Ännu en tid efter operationen fans albumin i ringa mängd, levkocyter, enstaka röda blodkroppar samt en och annan cylinder. $\frac{1}{2}$ år efter operationen var urinen fullständigt fri från albumin. Smärtorna i njurtrakten voro efter operat. fullständigt borta, och sedan pat. genomgått en stärkande allmänbehandling, kände hon sig fullt frisk.

Fall 2. 54-årig bondhustru, som i okt. 1894 plötsligt sjuknat med frosskakning och intensiva utstrålande smärtor i högra sidan af

buken. På samma ställe iakttogs en ömmande tumör af en half hands storlek. Ingen gallretention. Under jan. till mars 1895 fem liknande anfall samt då och då smärtsamma, täta trängningar till urinering. Vid undersökning i maj 1895 nådde lefvern till horisontala nafvelplanet. Ytan jämn, något ömmande. Nedanför lefvern förut nämnda tumör, som befans vara den rörliga högra njuren. Största ömheten ej öfver denna, utan öfver lefverranden, motsvarande gallblåsan. Urinen höll albumin i ringa mängd jämte varkroppar och epitelceller, däribland päronformade; inga cylindrar. Tuberkelbaciller påträffades ej. Urinen steril. Diagnosen vägde mellan å ena sidan intermittent hydronefros (?), njursten (?), rörlig njure, katarral pyelit och *icke* gallsten samt å den andra rörlig njure och katarral pyelit *med* gallsten. Vid en på grund häraf gjord explorativ laparotomi befunnos gallvägarna fullt normala. I okt. 1895 återkom pat. för att låta operera njuren. Fortfarande täta trängningar. Urinen höll spår af alb., samt i sedimentet rundceller, mycket få cylindrar, njurbäcken-epitelceller (?) och skifepitel. Inga röda blodkroppar. Vid operationen befans njuren förstorad. Den klöfs längs sin konvexa rand in till bäckenet. Detta var dilateradt samt alldeles utfyldt af gulbruna, delvis nästan kittliknande, delvis fingryniga massor, i hvilka påträffades en sten af något mer än en half kaffebönas storlek. Massan aflägsnades, njurbäckenet utspolades med koksaltlösning; två dränrör inlades i det samma. Njuren hopsyddes med katgut och fixerades vid omgifvande delar. Etagesuturer genom betäckningarna. Läkningen försiggick ostördt. Redan två dygn efter operationen var urinen ej längre blodfärgad, och i sedimentet funnos endast få röda blodkroppar. Sedimentet innehöll för öfrigt ungefär samma beståndsdelar som förut, men därjämte brungula, amorfa massor af samma utseende, som de hvilka anträffats i njurbäckenet. Ett år efter operationen visade sig pat. Njuren betydligt mindre öm, låg fast fixerad vid kotpelaren. Urinen höll knapt 0,5 $^0/_{00}$ alb., och var steril. Intet sediment efter centrifugering. Urinen hade på senare tiden ej innehållit några massor, liknande de förut nämnda. Den i njurbäckenet funna massan befans till allra största delen bestå af bakteriezooglöor samt af en fibrinartad ägghvitekropp, urater och ett till urobilingruppen hörande färgämne. Stenens kärne utgjordes af en oxalatsten, dess perifera lager af lösa urater. Vid bakteriologisk undersökning af den nämnda massan fann man korta stafbakterier, som visade sig vara en art af bact. coli commune. En utskuren njurbit, som likaledes undersöktes, visade en kronisk interstitiel nefrit.

R. Lundmark.

K. G. LENNANDER: **Om behandlingen af ruptur af det bakre urinröret med 4 fall.** Upsala läkareför. förhandl., n. f., bd 2, s. 115.

Fall 1. 46 års man, som genom olyckshändelse vid velocipedåkning ådragit sig en totalruptur af pars membranacea urethræ omedelbart invid prostata. Fullständig urinretention. Operation 24 timmar efter olyckshändelsen. Afståndet mellan urinrörsändarna var minst 3½ cm. Primär förening af urinröret, hvarvid dess öfre vägg förenades med katgut och dess undre vägg med silkwormgut omkring en NÉLA-

TONs kateter. Denna förenades med en CATHCARTs sugapparat. Perinealsåret tamponerades med jodoformgas. Resultatet blef en fullständig p. p. läkning af uretralsåret, och mer än 7 [1]) mån. efter operationen kunde en metallsond n:r 27 (Charrière) införas utan smärta eller blödning.

I sammanhang med detta fall redogör förf. för en del skador af perinealtrakten, särskildt af urogenitalorganen genom bicykelåkning samt omnämner en del fall ur literaturen.

Fall 2. Total ruptur af pars membranacea omedelbart ofvan lig. arcuatum hos en 39 års man. Fullständig urinretention. Operation 24 timmar efter skadan. Den centrala änden af urinröret, som sjunkit nedåt och bakåt, syddes med två suturer katgut upp mot lig. Ett dränrör inlades i blåsan, och perinealsåret uttamponerades. Dränröret ersattes efter 9 dygn med en NÉLATONs kateter. Vid utskrifningen hade pat. lärt sig att införa ULTZMANNs sonder n:r 22 och 24 (Charrière). Ännu 3½ år efter olyckshändelsen kunde sonder n:r 22 och 23 införas. Pat. hade då ej sonderat sig på 2 år 9 mån. Urineringen hade hela tiden varit normal.

Fall 3. 50 års man, som blifvit sparkad i perineum. Fullständig urinretention. Vid inkomsten 24 timmar efter skadan kunde halffast kateter införas. Denna fixerades. Då den emellertid råkat glida ut, och hvarje försök att åter införa kateter misslyckades, gjordes perinealsnitt 72 timmar efter olycksfallet. En partiel ruptur af pars membranacea förefans då tätt invid lig. arcuatum. Försök att sy ihop rupturen misslyckades på grund af väfnadens skörhet. Dränage af blåsan genom uretralsåret och tamponad af perinealsåret. Dränröret utbyttes sedan mot en genom hela uretra införd NÉLATONs kateter. Pat. utskrefs nästan läkt. ULTZMANNs sond n:r 24 kunde då införas. Nära 4 år efter skadan kan en »bougie conique et olivaire» n:r 14 införas och efter några dagars sondbehandling en metallsond n:r 21.

Fall 4. 52 års man med total ruptur af pars membranacea. Perinealsnitt 24 timmar efter skadan, då en NÉLATONs kateter genom hela uretra infördes i blåsan. Vid utskrifningen en trång perinealfistel samt striktur af uretra. Ungefär 1 månad senare excision af all svålig väfnad, hvarvid en defekt af 5 cm:s längd uppstod i uretras nedre och sidoväggar. Etagesuturer af perineum öfver en inlagd NÉLATONs kateter. Läkning med en liten perinealfistel; sedan cystit. Då symptom af en suppurativ nefrit uppträdde, gjordes sectio alta. Utskrefs med TSCHERNINGs fistelbandage, som ännu 3½ år efter sista operationen funktionerar väl. Pat. fullständigt arbetsför.

Om man efter en total eller partiel uretrektomi kan åstadkomma en primär förening af urinrörsändarna, bör den alltid göras. Är en sådan primär sutur af urinröret ej utförbar, har man att välja mellan ett återbildande af urinröret ur perineum såsom i förf:s sista fall eller en plastisk operation med transplantation af hud eller slemhinna. Visar

[1]) Pat. undersöktes senast 14 april 97 (LENNANDER).

det sig till sist omöjligt att återställa urinröret, kan en fistel ofvan symfysen anläggas eller möjligen PONCETs »uréthrostomie périneale» företagas (se härom originalet).

Slutligen uppställer förf. följande regler för behandlingen af de bakre uretralrupturerna:

Där det är möjligt, bör vården af dessa skador alltid anförtros åt en erfaren kirurg.

Är det en måttlig blödning ur röret, ingen eller obetydlig ansvällning af perineum samt ingen svårighet att kasta vatten, så är det bäst att lägga pat. till sängs och låta honom för öfrigt vara i fred.

Finnes svårighet eller oförmåga att låta urin, men öfriga symptom äro lindriga, försöker man att lägga in en sond à demeure.

Misslyckas katetriseringen, eller tyda symptomen från början på ett svårt fall, opereras genast. Vid dessa tidiga operationer äro de olika delarna lätta att känna igen, och om de icke äro altför mycket söndermalda väl egnade för en primär förening.

R. Lundmark.

G. EKEHORN: **En ovanlig form af infektion i hud och underhud med dödlig utgång.** Upsala läkareför. förhandl., n. f., bd 2, s. 207 (med två taflor).

EKEHORN iakttog å Hernösands sjukhus den 4 nov. 1895 till 25 aug. 1896 hos en 5-årig gosse en ovanlig sjukdom, som han efter noggran klinisk, patol.-anatomisk och bakteriologisk undersökning uppfattar som en disseminerad form af rinosklerom eller en sjukdom som står denna mycket nära.

I början af aug. 1895 uppkom utan känd anledning i högra kindens subkutana fett en liten, oöm, hård knöl. Den angrep huden och utbredde sig under 1 månad till hela kinden. Inga subjektiva obehag, förr än feber omkring den 12 sept. började. Vid intagning å Hernösands sjukhus den 4 nov. intog svullnaden fortfarande hela kinden från munvinkeln till örat, näsan något skjuten öfver åt vänster, svullnadens gräns tämligen skarp. Den var brädhård, oöm, intresserade hud och underhud, färgen något rodnad. Näshåla, mun och svalg ej angripna. Inre organ friska. Urin normal. Temperatur 38°. Snart därefter uppkommo mindre dylika svullnader på hakan och bakom högra örat. Djupa incisioner gjordes i de sjuka områdena, hvilka delvis läktes per primam men inom kort åter öppnade sig. Underhuden sönderföll långsamt i omgifningen af snitten och aflägsnades småningom med skarp slef. I följd däraf minskning af infiltrationen och slutligen läkning men med kvarstående ehuru minskad hårdhet. Efter den första incisionen uppträdde en hög oregelbunden feber under 20 dagar, därefter någon tid ingen eller låg feber. — I februari upptäcktes en liknande infiltration å vänstra kinden utefter underkäkens kant samt å buken och extremiteterna flere dylika af växlande storlek och färg ända till storlek som barnets flathand och färglösa till mörkt röda eller rödbruna. Där incision gjordes uppkom liknande sönderfall som i ansiktet och aftagande af infiltrationen. De som lemnades orörda fortforo

att långsamt breda ut sig. — Några af infiltraten började som en knöl på gränsen mellan hud och underhud, andra genast som en mera ytlig hudinfiltration. I en del infiltrat (de ytliga) inträdde efter 2 till 3 månaders bestånd resorption i midten under det den infiltrerade vallen fortfarande utbredde sig. Brunfärgning kvarstod lång tid i midten. En del infiltrat fjällade och på ett bildades i midten krusta.

Så fortfor sjukdomen med en nästan ständig feber, oupphörligt tilltagande af infiltraten och aftagande af krafterna till aug. 96, då pat. afled. Sista tiden sjönk hemoglobinhalten till 15 och uppträdde ödem i nedre extremiteterna och scrotum. Vid obduktion funnos mjälten och några mesenteriala körtlar obetydligt förstorade, för öfrigt inga inre förändringar.

De exciderade hudbitarna visade en stark infiltration af underhud, läderhud och rete Malpighii med ett cellrikt exsudat. Bindväfsknippen och taggceller hydropiska och sprängda i sär af detta exsudat, utan större förändringar af väfnadscellerna. Infiltrationen starkast kring blodkärlen, talrika gödceller. I ytligaste delen af huden rätt ymnig pigmentaflagring. Tydliga MICULICZ'ska celler iakttogos ej. På gränsen till underhuden degenererade små partier, där kärnarna ej antogo färg.

I oöppnade infiltrat fann förf. endast en bakterieart, färgbar i snitt medels GRAM, i väfnadssaft äfven med alla andra vanliga färgningsmetoder. I blodet kunde den ej påvisas. Den utgjorde en mycket kort bacill, som vanligen uppträdde som diplobacill men någon gång äfven förekom i kedjor såväl i väfnaden som i kulturerna. Den omgafs ofta af en glänsande, klar, homogen massa, minst utpräglad på sådana bakterier, som antogo stark färg (unga former), mera utpräglad hos äldre baciller och där äfven mindre genomskinlig. Färgning af denna kapsel lyckades endast osäkert. Bacillerna lågo alltid mellan cellerna. Storleken varierade vanligen omkring 3 μ men var stundom mycket mindre, likasom bacillerna stundom voro så korta, att de liknade kocker.

Bacillen odlades från exciderade väfnadsbitar och erhöls i några fall genast i renodling, den växte vid rumstemperatur på de vanliga odlingsmedierna såväl i djupet som på ytan, fluidiserade *ej* blodserum eller gelatina, i äldre kulturer uppträdde degenerationsformer men bakterien visade sig vara mycket seg och lifskraftig. För kaniner och råttor var den icke tydligt patogen.

På grund af den stora likheten både i kliniskt och patologiskt-anatomiskt men framför alt i bakteriologiskt afseende anser förf. fallet böra anses tillhöra en sjukdomsform, som står rinoskleromet nära, eller t. o. m. vara en förut ej känd akut, disseminerad form af denna sjukdom, ehuru han anser det förra antagandet sannolikare.

Sederholm.

JENS SCHOU: **Schleichs Infiltrationsanästesi.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 97.

Efter Omtale af den tidligere anvendte Kokainanästesi og Farerne ved denne gives en Beskrivelse af Infiltrationsanästesien med meget svage Kokainoplösninger efter SCHLEICHs Metode, som Forf.

med Fordel har anvendt ved mindre Operationer, for Resten også i et Tilfälde af Gastrostomi, hvor Pat. var så medtagen, at en universel Narkose måtte anses for at väre farlig.

Kr. Poulsen.

Psykiatri: HELWEG: Om psykiatrisk Forskning. En Antikritik. — K. PONTOPPIDAN: Svar til Overläge HELWEG. — V. CHRISTIANSEN: En Indsigelse. — HELWEG: Korrespondance angående »Psykiatrisk Forskning». — *Samme:* Korrespondance. Til Hr. Kandidat V. CHRISTIANSEN. — KNUD PONTOPPIDAN: 6te Afdelings Jammersminde. — HELWEG: Åbent Brev til Prof. PONTOPPIDAN. — HANS KAARSBERG: Åbent Brev. — R.: 6te Afdeling. — BIERING: Justitsministeriets Cirkuläre af 11 Juni 1895. — BRÖNDSTED: Overläge HELWEGs åbne Brev til Prof. K. PONTOPPIDAN.

HELWEG: **Om psykiatrisk Forskning. En Antikritik.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 73.

Prof. K. PONTOPPIDAN har i Bibl. for Läger, R. 7, Bd 7, S. 448 anmäldt: ARNE POULSENs *Studier over primär idiopatisk amentia*, som vel kan siges at väre bleven til under Overläge HELWEGs Avspicier. Mod nogle Udtalelser i denne Anmäldelse retter nu H. sin Antikritik og tager särlig Ordet til bedste for den *deskriptiv-kliniske* og den *anatomiske* Metodes Betydning og Berettigelse i den psykiatriske Forskning, medens P. havde fremhävet de *fysiologiske* Undersögelsesmetoders Fortrin og navnlig anbefalet at have Opmärksomheden rettet mod Stofskifteundersögelser. H. vil ikke frakende disse sidste Metoder deres store Värd, men blot hindre de andre, äldre Metoders Tilsidesättelse.

P. D. Koch.

K. PONTOPPIDAN: **Svar til Overläge Helweg.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 135.

V. CHRISTIANSEN: **En Indsigelse.** S. St., S. 139.

HELWEG: **Korrespondance angående "Psykiatrisk Forskning".** S. St., S. 156.

Samme: **Korrespondance. Til Hr. Kandidat V. Christiansen.** S. St., S. 157.

Fortsättelse af Diskussionen om psykiatrisk Forskning. P. vil på ingen Måde den anatomiske Undersögelse til Livs, har kun ved *Forvirringsformerne* villet påpege Nytten af andre exakte Metoder. — CHR. mälder sig som en af P. omtalt »ung Kollega», der beskäftiger sig med Urinundersögelser hos sindssyge, og beder om at måtte blive udenfor Diskussionen.

P. D. Koch.

KNUD PONTOPPIDAN: **6te Afdelings Jammersminde.** København 1897.

P. tager Ordet for at forsvare sig selv og sin Afdeling mod de Angreb, som i Löbet af de sidste År i Dagspressen og andensteds ere rettede mod ham og den. Han kräver påvist, hvad han har gjort, som berettiger disse Angreb, og den Mistillid, som hans hele Virksomhed derved er bleven Genstand for i det store Publikum, og viser, hvor lidet begrundede de ere på forskellige Punkter. Han anklager Avtoriteterne og sine Kolleger for at have ladet ham i Stikken og udtaler til Slutning, at han erkender sig for slagen og önsker at nedlägge Våbnene, ligesom det under de forhandenvärende Omständigheder sandsynligt vilde väre det rigtigste helt at nedlägge Afdelingen.

P. D. Koch.

HELWEG: **Åbent Brev til Prof. Pontoppidan.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 153.

HANS KAARSBERG: **Åbent Brev.** S. St., S. 182.

R.: **6te Afdeling.** S. St., S. 183.

BIERING: **Justitsministeriets Cirkuläre af 11 Juni 1895.** S. St., S. 230.

BRÖNDSTED: **Overläge Helwegs åbne Brev til Prof. K. Pontoppidan.** S. St. S. 232.

Indläg i Anledning af PONTOPPIDANs Bog: 6te Afdelings Jammersminde. H. forsvarer sig mod Angreb på ham fra P:s Side og mener, at Sindssygeanstalterne stå sig bedst ved at leve i Stilhed udenfor den offentlige Debat. K. og R. så vel som BR. göre P:s Sag til den *danske Lägestands* Sag og kräve, at denne også optager den som sin, medens endelig BIERING udtaler, at de enkelte *Personer* ikke vedkomme Samfundet, og at den hele Storm utvivlsomt har udrettet noget godt ved at skaffe os Justitsministeriets Cirkuläre om Tvangsindläggelser, som i Fremtiden kun kan ske gennem Politimesteren.

P. D. Koch.

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: EDW. EHLERS: Fortsatte Bidrag til Diskussionen om Prostitutionsspörgsmålet. — C. RASCH: Om urticaria.

EDW. EHLERS: **Fortsatte Bidrag til Diskussionen om Prostitutionsspörgsmålet.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 25, 49 (også som Särtryk med 30 Sider).

Forf. omtaler Prostitutionens ökonomiske Forhold (i Köbenhavn); han antager, at 20 % af de offentlige Fruentimmer skulle havne i Ägteskab; han afhandler de gamle Bestemmelser, som i forskellige Lande og til forskellige Tider have foreligget m. H. t. de prostituøredes Klädedrägt, samt äldre og nyere Besträbelser for at skabe Redningshjem for prostituerede.

R. Bergh.

C. RASCH: **Om urticaria.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 109.

Forf. leverer nogle Bemärkninger i Anledning af Prof. C. LANGES Bidrag til Urinsyrediatesens Klinik og hans ringeagtende Omtale af Dermatologernes Interesse for Urticaria-Lidelsen. Han efterviser, at det er urigtigt, at Dermatologerne ikke have haft Öje for dennes Forhold til ovennävnte Diatese. Han betoner dernäst LANGES ensidige Opfattelse af den uratiske Diatese som eneste Grund til den periodisk rekurrerende urticaria og oplyser sådant literärt; särligt udhäver han her Betydningen af malaria og colitis og de med sidste fölgende Autointoxikationer.

R. Bergh.

Obstetrik och gynekologi: TORBENSEN: Et Tilfälde af tetanus puerperalis. — SOPHUS PRIOR: Om Antiseptikken og Aseptikken i Födselshjälpen. — CARL WETTERGREN: Om hæmatoma vulvæ et vaginæ post partum. — C. D. JOSEPHSON: Om inversio uteri. — A. V. THORÉN: Kirurgisk kasuistik från Jönköpings lasarett. Trenne fall af supracervikal uterusexstirpation med laparotomi för uterustumör. — A. V. THORÉN: Kirurgisk kasuistik från Jönköpings lasarett. Tvänne fall af perineo-vaginal exstirpation af uterus för karcinom. — A. EURÉN: Kirurgisk kasuistik från lasarettet i Eksjö. Ventrofixation af prolaberad lifmoder. — JACQUES BORELIUS: Kirurgisk kasuistik från länslasarettet i Karlskrona. Fall af medfödd defekt af vagina samt af vänstra uterushalfvan och adnexen på vänstra sidan. — G. NAUMANN: Kirurgisk kasuistik från länslasarettet i Helsingborg. Cysta ovarii dext. cum torsione pedunculi. peritonitis, graviditas. Ovariotomia. — AXEL EURÉN: Kirurgisk kasuistik från lasarettet i Eksjö. Cysta lig. lati. Laparotomi med fastsyning af cystan till buksåret, sekundär utrymning och tamponad (»marsupialisation») med god utgång. — C. A. BERG: Kirurgisk kasuistik från länslasarettet i Gefle. Fistula vesico-vaginalis. Operation. Hälsa. — C. A. BERG: Kirurgisk kasuistik från länslasarettet i Gefle. Pruritus vulvæ et elephanthiasis clitoridis et lab. min. sin. Excision. Hälsa.

TORBENSEN: **Et Tilfälde af tetanus puerperalis.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 151.

Forf. meddeler et Tilfälde af tetanus med dödeligt Udfald, opstået omtrent 14 Dage efter en normal Födsel. Forf. mener, at Infektionen er sket på den Måde, at Konen uden forudgående tilsträkkelig Rensning af sine efter en Gravning i Haven med Jord tilsmudsede Fingre har berört genitalia under de af hende foretagne Afvaskninger af disse. Anden Forklaring antager han ikke for mulig.

F. Nyrop.

SOPHUS PRIOR: **Om Antiseptikken og Aseptikken i Födselshjälpen.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 121.

Et Foredrag holdt i »Lägeforeningen for Århus og Omegn».

F. Nyrop.

CARL WETTERGREN: **Om hæmatoma vulvæ et vaginæ post partum.** Hygiea 1896, II, s. 225.

En 42-årig kvinna hade spontant genomgått sin 9:de förlossning. Omkring 5 timmar senare uppstod plötsligt under kollapssymptom ett barnhufvudstort hematom i vänstra delen af vulva. Efter stimulantia och omslag förbättrades tillståndet småningom. På 4:de dygnet efter förlossningen skedde genombrott vid slemhinneranden å vänstra labium majus. Hålan utrymdes och behandlades med tamponad af jodoformtannin-salicylsyregas, som fick ligga i 4 dygn, då den ersattes med ny. Patienten läktes så småningom och blef frisk.

I den utförliga epikrisen skildrar förf. sjukdomens frekvens, orsaker och uppkomstsätt, symptom, prognos, förlopp och behandling.

Hvad den senare beträffar, förordar förf. ett exspektatift förfaringssätt. Först då svulsten hotar att bryta igenom eller redan brutit igenom, bör man gå mera aktift till väga. Emellertid kan en aktiv terapi under vissa omständigheter, t. ex. då patienten bor på landet långt aflägset från läkaren, vara på sin plats.

Westermark.

C. D. JOSEPHSON: **Om inversio uteri.** Hygiea 1896, II, s. 55.

Etiologiskt uppställer förf. två arter af uterusinversion, en puerperal och en beroende på svulster i uterinväggen. Frekvensen af dessa olika former förhåller sig, enligt förf., som 9 : 1; i båda fallen gifva mekaniska moment den närmaste anledningen till lägeförändringen, i förra fallet dragning på nafvelsträngen eller starkt tryck uppifrån, i senare fallet släpa i fundus belägna uterinsvulster vid deras framfödande uterinväggen med sig.

Det af en del författare upptagna etiologiska moment, att en öfverliggande atonisk del af uterus af sig själf skulle stjälpas in och fattas af en underliggande kontraherad del och sedan af denna så att säga födas fram, anser förf. med rätta för konstgjordt.

I afseende på uppkomstsättet skiljer förf. mellan en hastigt och en mera långsamt uppkommande.

Beträffande symptom och behandling, genomgår förf. dem ungefär så som är kändt från handböckerna, inklusive KÜSTNERs och KÉZMARSZKYs metoder.

Uppsatsen illustreras af tre fall, hvaraf förf. själf iakttagit två, det tredje hade behandlats af SALIN.

I ena fallet uppstod inversionen vid enukleation af ett submuköst myom och kunde efter enukleationens utförande med lätthet redresseras.

De två öfriga fallen äro puerperala. SALINs fall var en kronisk inversion, uppkommen 4½ månader före operationen. Efter fruktlösa försök med KÜSTNERs metod gjordes totalexstirpation.

Det sista fallet gäller en 42 års kvinna, som 17 år före operationen fick sin inversion i efterbördsstadiet. Efter fruktlösa försök med KÜSTNERs metod gjordes äfven i detta fall totalexstirpation.

Westermark.

A. V. THORÉN: **Kirurgisk kasuistik från Jönköpings lasarett. Trenne fall af supracervikal uterusexstirpation med laparotomi för uterustumör.** Hygiea 1896, II, s. 318.

Första fallet 41-årig patient med uterinblödningar till följd af myombildning i uterus. Extraperitoneal stumpbehandling enl. CHROBAK.

Andra fallet 50-årig patient med myomblödningar och prolaps. Svulsten nådde till nafveln. Extraperitoneal stumpbehandling.

Tredje fallet 47-årig patient med cancer i corpus uteri, som var barnhufvudstor. Hon hade på sista tiden haft peritonitiska symptom. Amputation i cervikaldelen i frisk väfnad. Extraperitoneal stumpbehandling.

Patienterna tillfrisknade. *Westermark.*

A. V. THORÉN: **Kirurgisk kasuistik från Jönköpings lasarett. Tvänne fall af perineo-vaginal exstirpation af uterus för karcinom.** Hygiea 1896, II, s. 320.

Första fallet, 59-årig kvinna, som födt 4 barn.

Andra fallet, 69-årig kvinna, som födt 2 barn.

I båda fallen hade nybildningen gripit öfver på vaginalväggarna. Parametrierna fria.

Förf. lägger patienten på höger sida, skär igenom perineum åt vänster, gående i en båge omkr. 3 cm. utanför analöppningen till närheten af spetsen af os coccygis. Snittet fördjupas med trubbig dissektion, och bakre vaginalväggen skäres upp till gränsen af nybildningen. Därpå afdissekeras det degenererade öfre partiet af vagina, peritoneum öppnas, uterus framhvälfves, och ligamenten genomklippas, efter underbindning, uppifrån nedåt.

Westermark.

A. EURÉN: **Kirurgisk kasuistik från lasarettet i Eksjö. Ventrofixation af prolaberad lifmoder.** Hygiea 1896, II, s. 336.

Af förf:s 2 fall beskrifver han det ena. En 20-årig kvinna, som redan vid 14 års ålder började märka en prolaps. Hon hade förut behandlats med kolporrafi och ALEXANDERs operation men fått recidiv. Uterus mätte 11 cm. och låg till hälften utanför vulva. Amputation af vaginalportionen och kolporrafi, sedermera 5 veckor därefter ventrofixation. Patienten var frisk 6 månader efter operationen.

Westermark.

JAQUES BORELIUS: **Kirurgisk kasuistik från länslasarettet i Karlskrona. Fall af medfödd defekt af vagina samt af vänstra uterushalfvan och adnexen på vänstra sidan.** Hygiea 1896, II, s. 190.

23-årig patient, som de sista åren haft regelbundna molimina, men ingen menstruation. Vid undersökningen befunnos de yttre genitalia väl utvecklade. Vagina ersattes af en grund fördjupning, rymmande fingerblomman. Kastration af de högra adnexen. På vänster sida saknades ligamentum latum och adnexen fullständigt, sannolikt äfven den högra uterushalfvan.

Westermark.

G. NAUMANN: **Kirurgisk kasuistik från länslasarettet i Helsingborg. Cysta ovarii dext. cum torsione pedunculi, peritonitis, graviditas. Ovariotomia.** Hygiea 1896, II, s. 196.

En 38-årig VI-para, som menstruerat 4 månader före operationen, hade haft 2 anfall af peritonitiska smärtor, det sista en vecka före samma tid. Vid operationen fans en cystisk, lätt adherent ovarialtumör med blodigt innehåll. Stjälken var vriden 1½ hvarf. Fyra dagar senare abort. Patienten tillfrisknade.

Westermark.

AXEL EURÉN: **Kirurgisk kasuistik från lasarettet i Eksjö. Cysta lig. lati. Laparotomi med fastsyning af cystan till buksåret, sekundär utrymning och tamponad ("marsupialisation") med god utgång.** Hygiea 1896, II, s. 333.

Patienten, 25 år, hade vid sin första och enda förlossning blifvit septisk infekterad. Vid den omkr. 2 månader senare företagna undersökningen diagnosticerades en knytnäfvestor cystisk svulst i vänstra lig. latum.

Vid operationen, som utfördes omkr. 6 månader efter förlossningen, misslyckades utskalningen och cystan brast, uttömmande ett varigt innehåll. Cystväggen fastsyddes vid buksåret. En vecka efter operationen öppnades cystan mera vidsträckt och innehållet utsköljdes. Läkning inträdde så småningom oaktadt ileussymptom på 2:dra dagen efter operationen.

Westermark.

C. A. BERG: **Kirurgisk kasuistik från länslasarettet i Gefle. Fistula vesico-vaginalis. Operation. Hälsa.** Hygiea 1896, II, s. 210.

En 27-årig kvinna hade 5 veckor före operationen efter 3 dygns förlossningsarbete framfödt ett fullgånget, dödfödt foster och fick en vecka senare en vesikovaginalfistel, som vid undersökningen befans ligga i främre fornix och vara tvärgående, sträckande sig nästan från högra till vänstra sidan. Operation enligt SIMON. Läkning p. p. utom i vänstra hörnet, hvarest en ytterst trång fistel länge kvarstod, men slutligen läktes.

Westermark.

C. A. BERG: **Kirurgisk kasuistik från länslasarettet i Gefle. Pruritus vulvæ et elephanthiasis clitoridis et lab. min. sin. Excision. Hälsa.** Hygiea 1896, II, s. 212.

En 75-årig patient hade sedan 17 år haft symptom af pruritus vulvæ och sedan någon kortare tid märkt en knöl i födseln, som varit så öm, att hon haft svårt att sitta. Då andra medel sveko, gjordes excision af de sjuka delarna. Såret läktes p. p., och patienten hemskrefs frisk. Senare underrättelser saknas.

Westermark.

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi: CHR. GRAM: Lägemidlernes Egenskaber og Doser i Tabelform. — C. G. SANTESSON: Notiz über »Douradinha» oder Folia Palicoureæ rigidæ H. B. K. — CARL TH. MÖRNER: Airol, ett nytt tonantiseptikum. — M. ELFSTRAND: Ueber giftige Eiweisse welche Blutkörperchen verkleben. — K. HEDBOM: Farmakodynamiska studier å det isolerade och öfverlefvande däggdjurshjärtat.

CHR. GRAM: **Lägemidlernes Egenskaber og Doser i Tabelform.** København 1897.

Chr. Gram.

C. G. SANTESSON: **Notiz über "Douradinha" oder Folia Palicoureæ rigidæ H. B. K.** Archiv d. Pharmazie, bd 235 (1897), s. 143—150.

Bland andra naturalier, som af hrr C. LINDMAN och G. MALME hemförts från en resa i Brasilien åren 1892—93, och af hvilka flere beskrifvits af M. ELFSTRAND (»Brasilianska och paraguayiska droger...», Ups. läkareför. förh. 1895, s. 558), befann sig äfven ett litet parti af i titeln nämnda drog, hvilken i hemlandet brukas till té och som uppgifvits verka diuretiskt och likt digitalin. Ur den kvantitet däraf, som stod till buds (22,5 gm), isolerade förf. en (sannolikt) ny, kristalliserande alkaloid, som verkade förlamande, men var föga giftig. Dessutom syntes i drogen ingå ännu någon annan, giftigare, ej närmare känd substans.

C. G. Santesson.

CARL TH. MÖRNER: **Airol, ett nytt tonantiseptikum.** Upsala läkareför. förhandl., n. f., bd 2, s. 196.

Kortfattad jämförelse med jodoform och dermatol beträffande praktisk användbarhet, hvarvid airol (vismutoxijodidgallat) med stöd af i literaturen gjorda uttalande tillerkännes väsentliga företräden.

C. Th. M—r.

M. ELFSTRAND: **Ueber giftige Eiweisse welche Blutkörperchen verkleben.** Akad. afhandl. Upsala 1897. 192 s. 8:v.

Efter en öfversikt af de giftiga ägghvitekroppar, hvilka bringa de röda blodkropparna att sintra samman (abrin, ricin) ingår förf. på sitt egentliga ämne, det med de nämnda kropparna analoga, i krotonfrön förekommande giftiga ägghviteämnet *krotin.* Denna substans, som kan extraheras ur fröen med flere olika lösningsmedel (vatten, koksaltlösning, glycerin) anser förf. bestå af en blandning af ett *albumin* och ett *globulin*, hvilka vid 69—70° förlora sin karakteristiska verkan på blodkroppar; krotonalbuminet koagulerar (ofullständigt) vid nyss nämnda temperatur, krotonglobulinet däremot först vid omkr. 85°. Ju mer en krotinlösning befrias från ägghvita, desto svagare blir dess verkan, och

när den ej mer ger ägghvitereaktion, är äfven verkan på blod upphäfd, hvaraf förf. drager den slutsatsen, att den verksamma substansen *är* en ägghvitekropp. Krotinets egenskap att förlora sin karakteristiska verkan vid 70°, att (vid vanlig temperatur) ysta mjölk o. s. v., talar för, att det vore ett *ferment*, som i så fall skulle vara af ägghvitenatur.

Förf. pröfvar vidare krotonextrakt på olika blodsorter. Blodet spädes mestadels betydligt. Verkan är *ingen* på blod från hund, marsvin, råtta, höns, gäss, dufvor; ringa på katt (upplösning af en del blodkroppar) och människa (de röda blodkropparna blifva taggiga). Hos kanin: stark upplösning af röda blodkroppar samt reduktion af oxihemoglobinet; hos nötkreatur, får, svin, gädda och groda sammanklibbas lätt de röda blodkropparna af krotin.

Genom särskilda experiment söker förf. visa, att det är på blodkropparna, särskildt på deras stromata, som krotinet verkar förändrande (under bildning af någon svårlöslig, mycket klibbig ägghvitekropp) icke på serum, som i stället hos vissa blodsorter (svinblod) skall innehålla någon särskild antitoxisk (»antikrotinisk») substans. — För att krotin skall kunna verka på röda blodkroppar synes tillgång på syre nödvändig eller åtminstone befordrande.

På grodor verkar krotinet förlamande; blodet bringas att koagulera i kärlen och blödningar uppstå; hjärtat försvagas och förlamas (direkt muskelverkan).

På däggdjur framkalla subkutana injektioner främst lokal inflammation med varbildning och nekros, hvarefter djuren förlora aptiten, magra, förlamas och dö — vanligen utan kramp. Vid stora doser eller vid intravenös injektion är förloppet hastigare, allmän kramp och dyspné förekomma. Svin äro afgjordt mindre känsliga än andra däggdjur, hvilket förf. anser bero på svinblodserums antitoxiska egenskaper. — Blodtryck och pulsfrekvens nedsättas af intravenösa krotininjektioner, temperaturen sänkes däraf o. s. v.

C. G. Santesson.

K. HEDBOM: **Farmakodynamiska studier å det isolerade och öfverlefvande däggdjurshjärtat.** Akad. afhandl. Upsala universitets årsskrift 1896. Medicin I. — Upsala 1897. 137 s. 8:v med 106 bilder i texten.

Af föreliggande arbete har redan ett förutskickadt meddelande (i Hygiea, maj 1896) härstädes refererats; i fråga om metoden hänvisas till detta referat. Beträffande resultaten må endast några enskildtheter af intresse framhållas. *Digitalin* och *helleborëin* visade i flere fall en oväntad verkan, i det att de i första hand påskyndade pulsfrekvensen (direkt retande verkan, medan inflytandet af central vagusretning ej kan göra sig gällande?). — *Koffein* ökade ej blott pulsfrekvensen utan äfven pulsslagens amplitud, hvarjämte cirkulationshastigheten genom koronarkärlen betydligt stegrades. Af alla de pröfvade giften hade koffeinet det gynsammaste inflytandet på det isolerade hjärtat. *Kloral* (i ett fall äfven kloroform) framkallade i flere fall en betydlig, naturligen öfvergående stegring af pulsens frekvens. — *Akonitin* visade en oerhörd intensitet i sin verkan: 1 del gift på 5 millioner delar blod

gaf tydliga symptom och 0,7 delar gift på 1 mill. delar blod orsakade definitift hjärtstillestånd på omkr. 5 minuter. Kort före stilleståndets inträde är pulsfrekvensen ytterligt påskyndad (340 slag i min., katt); hjärtat likasom »hetsas till döds». — *Stryknin* förlångsammar i måttliga doser pulsfrekvensen med någon ökning af amplituderna; vid stora doser (eller införande af stryknin direkt i hjärtkanylen) framträdde betydlig ökning af både frekvens och amplituder, hvarjämte stundom en betydligt *stegrad retbarhet* hos hjärtats motoriska apparat gjorde sig gällande; vid en hastig växling af trycket i koronarkärlen reagerade hjärtat med en oregelbunden, stormig verksamhet (omkr. 400 slag i minuten, katt).

I fråga om resultaten i öfrigt se originalet och ofvan nämnda referat i Nord. med. arkiv.

C. G. Santesson.

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi: OSCAR HECKSCHER: Om Undervisningen i Gynäkologi och Obstetrik ved Köbenhavns Universitet. — E. INGERSLEV: Om Forholdet mellem Gynäkologi og Obstetrik. — HOWITZ: Om Födselsstiftelsen. — HOWITZ: Om Besättelsesmåden af den ledige Post i Fakultetet. — D. BÖLLING og C. DREYER: Hvad man byder os. — —S: Korrespondance. — *Red. af Ugeskr. f. Läger:* Besättelsen af vore Lägeembeder. — EHLERS: Besättelsen af vore Lägeembeder. — v. HAVEN: Korrespondance. — E. M. HOFF: Det kgl. Sundhedskollegiums Forhandlinger i 1895. — FRODE SADOLIN: Slöjdkuren. — J. L. NAUMANN: Huru långt sträcker sig kommunalnämnds befogenhet i tätt bebygdt samhälle på landet, där hälsovårdsstadgan för stad ej tillämpas? — J. STADLING: Om bostadsföreningarna i hufvudstaden. — A. LAGERSTEDT: Om Stockolms arbetarehem. — E. ALMQUIST: Arbetarebostadsfrågans nuvarande ståndpunkt. — R. WAWRINSKY: Om barnavården och fosterbarnväsendet. — Underdånigt förslag till ordnande af fosterbarnsvården m. m., afgifvet d. 27 jan. 1897 af den af K. Maj:t för ändamålet tillsatta komitén. — ERNST ALMQUIST: Allmän hälsovårdslära med särskildt afseende på svenska förhållanden, för läkare, medicine studerande, hälsovårdsmyndigheter, tekniker m. fl. — Statistiske Oplysninger. V. Om Köbenhavn og Frederiksberg. — J. CARLSEN: Dödsårsagerne i Kongeriget Danmarks Byer i 1995. — POUL HEIBERG: Studier over den statistiske Undersögelsesmetode som Hjälpemiddel ved terapevtiske Undersögelser. — AXEL POULSEN: Om Sundhedsvisitationernes Formål, Form og Anvendelse. — CHR. JÜRGENSEN: Om offentlig Ordning af Bageri- og Brödforholdene. — S. MEYER: Om vederlagsfri Hospitalsindläggelse og vederlagsfri Desinfektion. — VALDEMAR HANSEN: Korrespondance. — NILS ENGLUND: Desinfektion med formalin. — NILS ENGLUND: Desinfektionsförsök med formalin och formaldehyd. — D. DJURBERG: Desinfektionsförsök med den TRILLATska autoklaven. — G. H DOVERTIE: Om lungsotens frekvens i Sveriges städer. — I. G. EDGREN: Om lungsotens utbredning, botlighet och bekämpande. — Diskussion om tuberkulosfrågan.

OSCAR HECKSCHER: **Om Undervisningen i Gynäkologi og Obstetrik ved Köbenhavns Universitet.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 201.

Med stärke Ord betegnes de vordende Lägers Undervisning i Gynäkologi og Obstetrik som ufyldestgörende og mangelfuld. Foruden en fyldigere Undervisning i Obstetrik bör derfor indrettes en selvständig, obligatorisk Undervisning i Gynäkologi.

Ax. Ulrik.

E. INGERSLEV: **Om Forholdet mellem Gynäkologi og Obstetrik.** Ugeskrift f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 61.

I Betragtning af Gynäkologiens Udvikling i de sidste Decennier, hvorefter den närmest må opfattes som et mindre Afsnit af Kirurgien, fremhäves det som mindre heldigt og navnlig til Skade for en grundig Undervisning af Läger og Jordemödre i Obstetrik, at sidstnävnte Fag er kädet så nöje sammen med Gynäkologien, som Tilfäldet er ved Köbenhavns Universitet.

Ax. Ulrik.

HOWITZ: **Om Födselsstiftelsen.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 113.

Forf. gentager et af ham for en längere Årräkke tilbage fremsat Forslag, at der i Köbenhavn oprettes en kommunal Födeanstalt for gifte födende med en Overläge, som ansättes for 6 År. Som Fordele ved en sådan Anstalt nävnes, at Födselsstiftelsens Filialer kunne afskaffes, og at der bydes en rigere Uddannelse for Läger og Jordemödre end nu. *Ax. Ulrik.*

HOWITZ: **Om Besättelsesmåden af den ledige Post i Fakultetet.** Ugeskrift f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 8.

Ved en Konkurrence i Anledning af den forestående Besättelse af Posten som Universitetslärer i Obstetrik og Overläge ved den kgl. Födselsstiftelse, hvortil er knyttet Posten som Lärer i Gynäkologi, mener Forf. ikke at finde den rette Sagkundskab til at bedömme Ansögernes Adkomster i det medicinske Fakultet. Han foreslår derfor, at Fakultetet skal opfordre 3 til 4 virkelig sagkyndige Mänd, en fra Danmark, de andre fra Broderrigerne, til at bedömme de skriftlige Arbejder, som Ansögerne indsende.

Ax. Ulrik.

D. BÖLLING og C. DREYER: **Hvad man byder os.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 43.

I Omegnen af Ringsted have en Del Gårdmänd dannet en såkaldt »Lägeforening», hvis Medlemmer ved et lavt årligt Bidrag skulle kunne sikre sig fri Lägehjälp. Dette kan kun ske på Bekostning af Lägehonoraret, som vil blive lavere end det, der som minimum ydes af de anerkendte Sygekasser. De stedlige Läger have hidtil afslået at indlade sig med Foreningen og göre Regning på fortsat Modstand fra Lägestandens Side.

Ax. Ulrik.

—S: **Korrespondance.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 87.

Anke over, at Lägeembeder undertiden besättes underhånden, og at det i andre Tilfälde anses som en Adkomst til et Embede at have vikarieret under en Vakance.

Ax. Ulrik.

Red. af Ugeskr. f. Läger: **Besättelsen af vore Lägeembeder.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 108.

Til den af —S fremförte Anke föjer Red. en Beklagelse af, at ikke altid sagkyndig Assistance söges og dens Råd fölges ved Lägeembeders Besättelse. *Ax. Ulrik.*

EHLERS: **Besättelsen af vore Lägeembeder.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 140.

Forslag om at optage i den almindelige danske Lägeforenings kollegiale Vedtägter en Bestemmelse om, at intet Medlem bör mod-

tage offentlige Embeder, der ikke med en passende Frist have väret opslåede ledige.

Ax. Ulrik.

v. HAVEN: **Korrespondance.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 211.

I Anledning af en påtänkt Dödsstatistik for Landdistrikter udtales Önsket om, at den Reform må blive indfört, at alle Dödsattester på Landet skulle udstedes af Läger.

Ax. Ulrik.

E. M. HOFF: **Det kgl. Sundhedskollegiums Forhandlinger i 1895.** Köbenhavn 1897. 467 S.

Referater af de Kollegiet forelagte Sager og de over samme afgivne Betänkninger. I Afsnit *A.* omhandles Justitssager og andre Retssager, derunder 17 Tilregnelighedssager og 113 Paternitetssager. Blandt Tilregnelighedssagerne fortjäner Opmärksomhed en Sag mod en Arbejdsmand, som havde begået Manddrab. Han var Dranker og én Gang behandlet for delirium tremens; efter at han havde väret indlagt til Observation i Sindssygeanstalten ved Vordingborg, erklärede Overläge HELWEG ham for »utvivlsomt sindssyg», lidende af kronisk, alkoholisk Forrykthed, hvilken Diagnose udförlig motiveres. I Henhold dertil afgav Sundhedskollegiet sin Betänkning; men Höjesteret underkendte det sagkyndige Skön og idömte Manden 8 Års Tugthusarbejde. — I Afsnit *B.* refereres Sager angående ulovlig Medikamenthandel, Foranstaltninger mod smitsomme Sygdomme, Planer til en Del nye Sygehuse, forskellige Kirkegårdsanläg, Eneretsansögninger m. m. — Som Appendix medfölger en Fortegnelse over meddelte Apotekerbevillinger, Distributionstilladelser og Tandlägeavtorisationer.

Ax. Ulrik.

FRODE SADOLIN: **Slöjdkuren.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 115.

Anbefaling for den grove, snedkerilignende Träslöjd ved Hövlebänken, for hvilken Forf. har åbnet et Institut, hvor der tillige findes Adgang til at komplettere Kuren ved gymnastiske Övelser.

Ax. Ulrik.

J. L. NAUMANN: **Huru långt sträcker sig kommunalnämnds befogenhet i tätt bebygdt samhälle på landet, där hälsovårdsstadgan för stad ej tillämpas?** Eira 1896, s. 759.

E. Almquist.

J. STADLING: **Om bostadsföreningarna i hufvudstaden.**

A. LAGERSTEDT: **Om Stockholms arbetarehem.**

E. ALMQUIST: **Arbetarebostadsfrågans nuvarande ståndpunkt.** Hälsovårdsför. i Stockolm förhandl. 1896, s. 17.

E. Almquist.

R. WAWRINSKY: **Om barnavården och fosterbarnväsendet.** Stockholm 1896, 132 s. 8:v.

Underdånigt förslag till ordnande af fosterbarnsvården m. m., afgifvet d. 27 jan. 1897 af den af K. Maj:t för ändamålet tillsatta komitén. Stockholm 1897, 198 s. 4:t.

E. Almquist.

ERNST ALMQUIST: **Allmän hälsovårdslära med särskildt afseende på svenska förhållanden, för läkare, medicine studerande, hälsovårdsmyndigheter, tekniker m. fl.** Stockholm, P. A. Norstedt & söner, 1897, 805 s. 8:v med 146 bilder i texten.

E. Almquist.

Statistiske Oplysninger. V. Om Köbenhavn og Frederiksberg. Udgivet af Köbenhavns Magistrat. Köbenhavn 1896. 208 S.

Omfatter for förste Gang både Köbenhavn og Frederiksberg. I tabellarisk Form gives Oplysninger om I) topografiske Forhold, Beboelsesforhold m. m.; II) meteorologiske Forhold; III) Befolkningsforhold; IV) Dödsårsager, Sygdoms- og Hospitalsforhold, hygiejniske Foranstaltninger. (V—XI andre kommunale Forhold vedrörende Erhverv, Skoleväsen, Retspleje, Fattigväsen, Valgväsen, Ökonomi, Frihavnen m. m.) [smlgn. Nord. med. Arkiv, Bd 24, Nr 19, S. 37].

Ax. Ulrik.

J. CARLSEN: **Dödsårsagerne i Kongeriget Danmarks Byer i 1895.** Udgivet af det kgl. Sundhedskollegium.

Det samlede Antal af de i de danske Byer i 1895 indtrufne Dödsfald (dödfödte ikke medregnede) udgjorde 14 578 (i Köbenhavn 6 163, i de övrige Byer 8 415), svarende til 18,6 pro mille af Befolkningen (kalkuleret til 787 290). I Köbenhavn skyldes omtrent 1,5 % af samtlige Dödsfald (107) Personer, indlagte fra andre Kommuner på Hovedstadens Sygehuse, og i Provinsbyerne falde omtrent 8,8 % af samtlige Dödsfald (740) på Personer fra Landsogne, der dö på Byernes Sygehuse eller Kliniker. Fradrages disse, bliver Dödelighedskvotienten for Hovedstaden og Provinsbyerne henholdsvis 18,0 og 17,0 p. m.

Ax. Ulrik.

POUL HEIBERG: **Studier over den statistiske Undersögelsesmetode som Hjälpemiddel ved terapevtiske Undersögelser.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 8, S. 1.

Efter en historisk Oversigt over den numeriske Metodes Anvendelse til Bedömmelse af terapevtiske Resultater vises ved Hjälp af konkrete Exempler Gränserne for denne Metodes Område. Mulige Fejlkilder fremdrages, og Tanken om det statistisk-terapevtiske Experiments Berettigelse fremsättes, ledsaget af orienterende Bemärkninger om, hvorledes det må tänkes ivärksat.

Ax. Ulrik.

AXEL POULSEN: **Om Sundhedsvisitationernes Formål, Form og Anvendelse.** Militärlägen, Årg. 5, S. 37.

Afslutning af den om dette Ämne i »Militärlägen» förte Diskussion (se Nord. med. Arkiv 1896, Nr 30, S. 26 og 1897, Nr 5, S. 44).

Joh. Möller.

CHR. JÜRGENSEN: **Om offentlig Ordning af Bageri- og Brödforholdene.** Tidsskr. f. Sundhedspleje, R. 1, Bd 5, S. 181.

Efter en Opfordring til at söge Tilsynet med Bagerierne ordnet ved offentligt, kommunalt Initiativ, särlig i Köbenhavn, gives en Udsigt over de her til Lands og i Udlandet i mange Kommuner gäldende Bestemmelser. Sluttelig fremsättes et Udkast til Sundhedsvedtägter for Bagerier.

Ax. Ulrik.

S. MEYER: **Om vederlagsfri Hospitalsindläggelse og vederlagsfri Desinfektion.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 145.

Som Grund til, at kun lidt over 50 % af de af tyfoid Feber, diphtheritis og Skarlagensfeber lidende Patienter indlägges på Hospital, anföres, at en stor Del af Befolkningen er i Stand til at iväksätte en effektiv Isolering af Patienter i deres Hjem. Derimod menes den Omständighed, at Desinfektion kun benyttes i 44 til 45 % af Tilfäldene, at måtte forklares ved den Värdiforringelse, som Desinfektionen undertiden bevirker, og i den Omständighed, at det er let at unddrage sig Desinfektionen, som ikke er obligatorisk for de nävnte Sygdomme. At Lägen i Fölge Epidemiloven skal bestemme, hvad der skal desinficeres, antages stundom at väre en medvirkende Grund til, at Desinfektion undlades. Herpå vilde rådes Bod ved, at Desinfektion blev en tvungen Sag, ved, at der ydedes Erstatning for Värdiforringelse og ved, at Sundhedspolitiet fik det Hverv at bestemme, hvad der skulde desinficeres.

Ax. Ulrik.

VALDEMAR HANSEN: **Korrespondance.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 210.

Ved et Exempel vises, at Avtoriteterne i Frederiksborg Amt have anset sig for berettigede til at straffe Vägring ved Desinfektion efter diphtheritis med en Böde.

Ax. Ulrik.

NILS ENGLUND: **Desinfektion med formalin.** Eira 1896, s. 687, 723.

För rumdesinfektion förordades bespräande med 2 % formalinlösning eller ock kokning i särskild gryta af formalin + klorkalcium, då ett rum på 100 m³ behöfver 1 kgm formalin för att smittrenas.

E. Almquist.

NILS ENGLUND: **Desinfektionsförsök med formalin och formaldehyd.** Eira 1896, s. 797.

Förf. fick godt resultat af kokning med formalin-klorkalcium utan tryck, mjältbrandsporerna dödades vanligen fullständigt.

E. Almquist.

V. DJURBERG: **Desinfektionsförsök med den Trillat'ska autoklaven.** Sv. läkaresällsk. förhandl. 1897. 8 s.

Förf. har jämfört desinfektionsresultatet vid kokning af formalinklorkalcium med och utan öfvertryck. En påtaglig skilnad fins. Autoklaven omvänd vid omkring 3 atmosferer ger bästa resultatet.

E. Almquist.

G. H. DOVERTIE: **Om lungsotens frekvens i Sveriges städer.** Hygiea 1896, II, s. 371.

E. Almquist.

I. G. EDGREN: **Om lungsotens utbredning, botlighet och bekämpande.** Hälsovårdsför. i Stockholm förhandl. 1896, s. 1.

E. Almquist.

Diskussion öfver tuberkulosfrågan. Bilaga till Sv. läkaresällsk. förhandl. 1896. 198 s. 8:v.

E. Almquist.

Berättelser från sjukvårdsanstalter: T. BRUNNBERG: Redogörelse för hemmet Sans Souci i Upsala.

T. BRUNNBERG: **Redogörelse för hemmet Sans Souci i Upsala.** Hygiea I, s. 120.

Det första alkoholisthemmet i Sverige inrättades 1891 för 5 eller 6 sjuka. Hittils hafva 33 patienter vårdats, af hvilka 15 utskrifvits friska eller förbättrade.

E. Almquist.

Militär hälsovård: O. WANSCHER: Brudstykke af en Fremstilling af det militäre Lägeväsens Udvikling, särlig i Frankrig og Tyskland. — C. WESSEL: Et Par Ord om Underextremitetssygdomme hos vore Soldater.

O. WANSCHER: **Brudstykke af en Fremstilling af det militäre Lägeväsens Udvikling, särlig i Frankrig og Tyskland.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 8, S. 41.

I denne Afhandling, der slutter sig til Forf:s tidligere i »Bibl. f. Läger» publicerede Artikel om LARREY, gives en udförlig og interessant Skildring af Napoleon I:s to berömte Militärläger, Epidemiologen DESGENETTES og Kirurgen PERCY.

Jul. Petersen.

C. WESSEL: **Et Par Ord om Underextremitetssygdomme hos vore Soldater.** Militärlägen, Årg. 5, S. 1.

Af *Lidelser i Huden* omtaler Forf. särlig *Fodsveden*. Den kan vel väre begrundet i konstitutionelle Lidelser; men hyppigst skyldes den dog Urenlighed; Soldaterne have for få Strömper og skifte dem for själdent. Som de virksomste Midler mod Fodsved anbefaler Forfatteren Vaskning med varmt Säbevand og hyppig Skiften af Strömper, af Medikamenter Salicylsyre, Kromsyre og 4 % Formoloplösning. En väsentlig Betydning får Fodsveden ved de hyppige Fölgesygdomme: Bläredannelse, Exkoriationer, stundom foranledigende ingvinale Adenoflegmoner, Lymfangiter m. fl. — Det hos Soldater hyppig forekommende *Fodödem* må efter Forf. ikke betragtes som en selvständig Sygdom, men er i Almindelighed Symptom enten på en periostitis eller på en lymphangitis.

Af *Lidelser i Muskler og Sener* nävnes Muskelrevmatisme, Muskelruptur o. fl., men särlig *den akute Seneskedebetändelse*, der skyldes Overansträngelse af Underextremiteterne; en lignende Tilstand findes også omkring Sener på Steder, hvor der ikke er nogen Seneskede, og skyldes da en Betändelse i det Senen omgivende Bindeväv, en *peritendinitis*. Den såkaldte Achillodyni henförer Forf. dels til et Hygrom i Achillessenens bursa mucosa, dels til en epiphysitis calcanei.

Med Hensyn til *Lidelserne i Bensystemet og Leddene* fremhäver Forf., at man så vel i By- som Landbefolkningen själdent finder vel formede og vel udviklede Underextremiteter; Grunden hertil ligger i slette Udviklingsforhold i Barndommen: rachitis, dårlige Ernäringsforhold, slet Opdragelse af Benene, dårligt Skotöj m. m. Herved fremkommer en Mängde Abnormiteter, der göre Soldaten mere eller mindre utjänstdygtig. Af mere bestemt fremträdende Lidelser nävnes *Anstrångelses-periostitis* (som Forf. ved en anden Lejlighed vil omtale närmere) og *Platfod*, som meget hyppig er medbragt til Tjänesten, men også jävnlig udvikler sig under denne; pes planus staticus adolescentium opstår ofte på Grund af de forögede *pludselige* Krav til Fodens bärende Ävne. — Af Ledlidelser fremhäves de hyppige Tilfälde af *hydarthrus genus* samt de ikke tilsträkkelig pågtede *Epifysiter* i Fod- og Knäled, som ofte ere forbigående, men också jävnlig blive af längere Varighed.

Som Årsager til de omhandlede sygelige Tilstande nävnes: Rekruternes på Grund af Tidens Korthed forcerede, hurtige Uddannelse, Mangel på en systematiseret Tränering af Rekruterne, dårlige konstitutionelle Forhold hos Mandskabet, samt dettes särdeles slette Fodtöj og Forsömmelse af Fodhygiejnen.

Joh. Möller.

Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.

Comptes-rendus des traités

publiées au

Tome XXIX.

N° 13.

ALBIN DALÉN: **Recherches expérimentales sur la désinfection de la conjonctive.**

L'auteur rappelle d'abord les recherches de FICK, GOMBERT et autres ophthalmologistes, qui ont constaté la présence, sur la conjonctive saine, de microbes parmi lesquels on rencontre parfois des espèces pathogènes, constituant toujours un danger pour l'oeil récemment opéré, si même ils ne conduisent pas nécessairement à une infection.

C'est donc un désidératum important que de pouvoir, en cas d'opération, débarrasser la conjonctive des germes qui s'y trouvent, quoique les opinions soient des plus partagées sur la meilleure manière d'atteindre ce but.

Les explorations de GAYET et d'autres savants ont prouvé, il est vrai, jusqu'à l'évidence, que même un nettoyage soigneux de la conjonctive à l'aide des meilleurs antiseptiques n'en amène pas sûrement la désinfection. Par contre, les recherches expérimentales n'ont pas donné de réponse décisive à la question de savoir si les résultats obtenus à l'aide d'antiseptiques ne peuvent pas être atteints par des moyens indifférents, c'est-à-dire non antiseptiques.

Parmi les auteurs qui ont fait des expériences comparatives de désinfection par des moyens antiseptiques et indifférents (aseptiques), MARTHEN est arrivé à la conclusion que les premiers amènent une diminution plus considérable des microbes contenus dans le sac conjonctival, tandis que MORAX et BACH ont été dans l'impossibilité de constater une différence appréciable.

L'auteur fait observer que la raison de ces conclusions divergentes doit être cherchée dans la circonstance qu'outre le mode même de désinfection, d'autres facteurs ont aussi exercé leur action sur les résultats obtenus. Il insiste spécialement sur le fait que les condi-

tions individuelles des malades examinés jouent un rôle important. Non-seulement l'état de la conjonctive et le nombre des microbes qui s'y trouvent, mais aussi les espèces qu'ils représentent, influent sur le résultat obtenu par la désinfection, en ce qu'elles offrent à cet égard des degrés différents de résistance. (L'auteur renvoie en connexion à quelques observations qu'il a faites.) Si l'on procède à l'examen du nombre des germes contenus dans le sac conjonctival, non immédiatement après la désinfection, mais au premier pansement fait après plus ou moins de temps, il survient d'autres facteurs qui peuvent agir très différemment suivant les cas. Tels sont la pression du bandeau, la sécrétion lacrymale, le clignement des paupières et l'état des voies lacrymales. L'influence de ces »facteurs individuels» chez les sujets examinés devient naturellement d'autant plus grand si, comme l'ont fait deux des auteurs cités plus haut, on opère sur des malades souffrant de conjonctivite ou d'affections des voies lacrymales. Dans ces conditions-là, toute comparaison entre des résultats obtenus par des méthodes différentes de désinfection sera chose difficile.

Afin d'éliminer autant que possible, dans ses propres expériences comparatives de désinfection, l'influence des »facteurs individuels», l'auteur a toujours désinfecté, par des moyens différents de comparaison, l'oeil droit et l'oeil gauche chez la même personne. A l'état normal, la condition de la conjonctive, le nombre des microbes qui s'y trouvent, et les espèces qu'ils représentent, sont habituellement à peu près égaux pour les deux yeux. De même, la pression du bandeau, la sécrétion des larmes et la fréquence des clignements des paupières sont probablement presque égaux pour les deux yeux sous un pansement binoculaire.

Dans une trentaine de cas, l'auteur a comparé les résultats obtenus par la désinfection de la conjonctive à l'aide de sublimé au 1 : 5,000 et par la solution physiologique de sel commun.

Les malades examinés, la plupart souffrant de la cataracte, avaient, sauf dans quelques exceptions spécialement indiquées, les conjonctives et les voies lacrymales saines. Le procédé suivi dans la désinfection a été principalement celui qui est employé à la clinique ophthalmologique de l'hôpital des Séraphins. Les paupières et la peau environnante furent désinfectées avec du savon et de l'eau, de l'alcool et du sublimé au 1 : 1,000. Le bord des paupières fut frotté avec un tampon de coton imbibé de la même solution de sublimé. Quant à la conjonctive, l'un des deux yeux fut irrigué avec la solution de sublimé au 1 : 5,000 suivie d'eau salée, l'autre avec de l'eau salée sans irrigation précédente de sublimé. Après la désinfection, application d'un pansement sec, stérile, binoculaire, qui, dans certains cas, fut laissé en place pendant 5 à 8 heures, et pendant 12 à 14 heures dans d'autres.

Il fut procédé à la désinfection immédiatement après l'entrée du malade à l'hôpital et indépendamment de la future opération. Le nombre des germes dans les culs de sac conjonctivaux fut déterminé immédiatement avant et après la désinfection, ainsi qu'à l'enlèvement du bandeau. Pour recueillir les microbes de la conjonctive, l'auteur

s'est servi de la même méthode que celle de MARTHEN et de BACH. Afin de rendre les résultats plus exacts, il a, dans la règle, ensemencé 3 à 4 boîtes de Petri, et calculé ensuite, pour la comparaison, les moyennes des valeurs obtenues.

Voici maintenant les résultats: Immédiatement après la désinfection, il s'est toujours produit une très forte diminution dans le nombre des germes, soit que l'on ait irrigué la conjonctive avec du sublimé ou avec de l'eau salée. Dans 21 cas après le sublimé, et dans 15 après l'eau salée, cette diminution s'est montrée si considérable, que les plaques faites immédiatement après la désinfection sont restées stériles. A l'enlèvement du bandeau, on n'a obtenu que deux fois des plaques stériles, 1 fois après l'irrigation de sublimé et 1 fois après celle d'eau salée.

Au bout de 5 à 8 heures, le nombre des germes a toujours été plus petit qu'avant la désinfection, mais après 12 à 14 heures fréquemment plus grand, soit que l'on irriguât avec du sublimé ou avec de l'eau salée.

A l'enlèvement du bandeau, le résultat s'est montré supérieur (diminution plus forte, ou respectivement augmentation plus faible des microbes) dans 8 cas sur l'oeil désinfecté par la solution de sublimé, et dans 13 cas sur l'oeil désinfecté par la solution physiologique. Dans 8 cas, le résultat a été à peu près identique des deux côtés.

Ces expériences prouvent, suivant l'auteur, que le nettoyage de la conjonctive à l'aide d'eau salée provoque une diminution tout aussi forte des microbes de la conjonctive que le nettoyage avec 1 : 5,000 de sublimé. Le premier est d'autant plus à préférer que le sublimé exerce une action irritante et peut léser l'épithelium de la cornée.

Outre les recherches qui viennent d'être relatées, l'auteur a fait quelques autres séries d'expériences montrant:

a) que le nombre des microbes dans le sac conjonctival, augmentant quand l'oeil est maintenu sous le pansement, diminue assez rapidement après l'enlèvement de celui-ci, mais que ce nombre est encore, au bout de 3 à 4 heures, fréquemment plus grand qu'avant l'application du pansement;

b) que le pansement humecté de sublimé au 1 : 5,000 ne possède pas, au point de vue bactériologique, d'avantages sur le pansement sec stérile, vu que la prolifération microbienne dans le cul de sac conjonctival s'est montrée aussi forte sous l'un que sous l'autre;

c) que l'introduction d'iodoforme dans le sac conjonctival n'empêche pas à un degré sensible le développement des microbes sur la conjonctive de l'oeil pansé.

L'auteur termine son mémoire par la description de 10 espèces de microbes trouvées sur des conjonctives saines, parmi lesquelles *Staphylococcus pyogenes aureus* et *albus*, ainsi qu'un *streptococque* non virulent.

N° 14.

JOH. MYGGE: **Contribution à l'étude des températures sautantes, principalement de la fièvre hépatique intermittente.**

L'auteur, s'appuyant sur des observations personnelles, arrive, après une étude critique de la littérature concernant le problème en question, aux conclusions qui suivent: Il faut s'attendre à des températures sautantes dans tous les cas, où une évolution de foyers purulents multiples a lieu soit dans un même organe, ou successivement dans plusieurs organes, principalement dans ceux dont la structure anatomique permet aux microbes pyogènes l'entrée des recoins où se trouvent les conditions favorables à leur pullulation.

Dans ces circonstances, il est probable que le passage des substances pyrétogènes dans le sang s'établit quand l'action immédiate des microbes, ou quand une lésion traumatique (par des calculs biliaires etc.) amène une solution de continuité dans les parois de la cavité suppurante.

Cependant l'élévation de la température n'est pas la conséquence absolue d'une transmission pareille des substances pyrétogènes (microbes ou leurs toxines); la puissance réactive de l'organisme affecté joue aussi son rôle vis-à-vis des manifestations cliniques.

Il s'ensuit qu'il n'est pas possible de diagnostiquer une suppuration hépatique à l'aide d'une courbe thermométrique sautante seule, tout aussi peu qu'il est possible d'exclure la présence d'une affection pareille dans le cas où les sauts de la température font défaut. Dans tous ceux où l'on trouve la courbe sautante, il faut donc examiner avec le plus grand soin tous les organes, et à moins que l'ictère ou d'autres symptômes d'affection hépatique n'affirment la diagnose, il sera plus rationnel de chercher les principaux foyers purulents dans les poumons (fièvre bronchoseptique) que dans le foie (fièvre hépatique), vu que les premiers offrent la plus grande fréquence, ou de soupçonner une septo-pyohémie cryptogénique (LEUBE).

Dans plusieurs des cas observés par l'auteur, on trouva, à l'autopsie, des foyers purulents aussi bien dans d'autres organes que dans le foie; dans d'autres cas, des bronchiectasies, combinées avec la tuberculose pulmonaire, se manifestaient comme la cause des températures sautantes, tandis que le foie était parfaitement intact.

La dénomination de »fièvre hépatique intermittente» n'est donc pas nécessaire pour la terminologie nosologique, et elle peut induire en erreur.



Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.

Experimentela undersökningar öfver desinfektionen af ögats bindehinna.

Af

ALBIN DALÉN.

Amanuens vid Serafimerlasarettets ögonklinik.

(Forts. fr. n:r 13.)

Om minskningen af bakteriehalten i konjunktivalsäcken efter aftagandet af ett under en kortare tid buret förband.

Nästan alla författare, som undersökt konjunktivalsäckens bakteriehalt, hafva framhållit, att denna ökas under ett förband.

Vid mina egna jämförande desinfektionsförsök anträffades ännu efter 5—8 timmars förband alltid ett mindre antal bakterier än före desinfektionen, efter 12—14 timmar däremot var antalet ofta större.

Orsaken till ökningen ligger enligt den allmänna åsikten däri, att förbandet mer eller mindre fullständigt hindrar blinkningen, hvilken i förening med tårarna utgör det väsentligaste hindret för mikroorganismernas tillväxt i konjunktivalsäcken. Under sådana förhållanden synes det föga lämpligt att, såsom stundom brukats, anlägga ett förband å ögonen under någon tid före en operation.[1]) Tvärtom förefaller det rationelt att, om patienten af en eller annan anledning bär förband, aftaga detta en stund före operationen.

För att erhålla en ungefärlig uppfattning om, huru hastigt bakteriemängden minskas efter förbandets aftagande, har jag gjort ett 20-tal försök på det sättet, att utan föregående desin-

[1]) Jfr ROHMER: Anf. st., s. 334 och ff.

fektion anlagts ett ensidigt eller dubbelsidigt förband för en viss tid. Efter förbandets aftagande har bakteriemängden bestämts två eller flere gånger med olika mellantider.

Redan på förhand måste man antaga, att minskningen inträder mycket hastigare i somliga fall än i andra. Hos en del patienter, företrädesvis barn, inställer sig efter förbandets aftagande tårflöde, åtföljdt af lifliga blinkningar, hos andra däremot visa sig icke dessa symptom.

Intervallerna mellan de olika bestämningarna efter förbandets aftagande hafva ofta blifvit beroende af tillfälliga omständigheter (andra göromål o. s. v.) och hafva därför varierat. Detta torde emellertid ej hafva något att betyda, då meningen naturligtvis ej är att lemna något exakt mått på minskningen utan endast att gifva en antydan om förhållandet. I några fall (*) har före förbandets anläggande jodoform inpudrats i den ena konjunktivalsäcken, i andra (†) har förbandet varit något olika på båda ögonen, i det att på det ena ögat lagts torrt, sterilt förband, på det andra »fuktigt sublimatförband» (jfr s. 60). Dessa fall äro äfven anförda på annat ställe.

I följande kortfattade sammanställning angifves i kolumnen I antalet kolonier före förbandets anläggande, i kolumnen II: antalet omedelbart efter förbandets aftagande och i de följande: 5, 10 min. o. s. v. efter förbandets aftagande. De anförda siffrorna äro nästan alltid medeltal, erhållna ur 3 à 4 samtidigt tagna prof.

			I	II	5 minuter.	10 minuter.	15 minuter.	30 minuter.	1 timme.	2 timmar.	3 timmar.	4 timmar.	6 timmar.	9 timmar.
I *	30-årig frisk man. Torrt, sterilt, binok. fbd i 10 timmar.	V. k.	33	75	—	—	30	—	30	—	12	—	—	—
		H. k.	35	150	—	—	24	—	10	—	3	—	—	—
II *	13-årig gosse; retinit. album. Torrt, sterilt, binok. fbd i 13 timmar.	V. k.	30	125	—	—	38	—	—	—	—	—	—	—
		H. k.	35	85	—	—	40	—	—	—	—	—	—	—
III	67-årig kvinna; catar. senil. Torrt, sterilt, binok. fbd i 20 timmar.	V. k.	—	200	—	—	—	205	—	70	—	—	—	—
		H. k.	—	19	—	—	—	14	—	5	—	—	—	—
IV ÷	12-årig flicka; catar. cong. Binok. fbd i 20 timmar.	V. k.	—	96	—	—	—	—	—	90	—	—	—	—
		H. k.	—	142	—	—	—	—	—	90	—	—	—	—
V †	52-årig kvinna; catar. accreta. Binok. fbd i 14 timmar.	V. k.	21	140	—	—	—	—	—	—	53	—	—	—
		H. k.	25	48	—	—	—	—	—	—	13	—	—	—

			I	II	5 minuter.	10 minuter.	15 minuter.	30 minuter.	1 timme.	2 timmar.	3 timmar.	4 timmar.	6 timmar.	9 timmar.
VI	78-årig man; catar. senil. Torrt, sterilt, binok. fbd i 14 timmar.	V. k.	—	133	—	—	—	—	—	—	25	—	—	—
		H. k.	—	283	—	—	—	—	—	—	132	—	—	—
VII †	70-årig kvinna; catar. senil. Binok. fbd i 16 timmar.	V. k.	19	132	—	—	—	—	—	—	—	77	—	—
		H. k.	17	105	—	—	—	—	—	—	—	92	—	—
VIII †	65-årig man; catar. senil. Binok. fbd i 14 timmar.	V. k.	210	317	—	—	—	—	—	—	—	180	—	80
		H. k.	220	843	—	—	—	—	—	—	—	393	—	280
IX †	83-årig kvinna; catar. senil. Binok. fbd i 14 timmar.	V. k.	78	866	—	—	—	—	—	—	—	—	53	—
		H. k.	80	666	—	—	—	—	—	—	—	—	75	—
X	73-årig kvinna; catar. senil. Torrt, sterilt, binok. fbd i 14 timmar.	V. k.	18	247	—	—	—	—	—	—	—	—	21	—
		H. k.	1	33	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—
XI *	53-årig kvinna; catar. accreta. Torrt, sterilt, binok. fbd i 17 timmar.	V. k.	7	282	—	—	—	—	—	—	—	35	—	—
		H. k.	4	104	—	—	—	—	—	—	—	16	—	—
XII †	Samma pat. som i föreg. förs. Binok. fbd i 17 timmar.	V. k.	15	222	—	—	—	—	—	—	—	12	—	—
		H. k.	11	332	—	—	—	—	—	—	—	22	—	—
XIII *	54-årig kvinna; catar. senil. Torrt, sterilt, binok. fbd i 18 timmar.	V. k.	8	226	—	—	—	—	—	—	66	—	—	—
		H. k.	7	234	—	—	—	—	—	—	114	—	—	—
XIV	20-årig kvinna; retino-choridit. Torrt, sterilt, binok. fbd i 30 timmar.	V. k.	1	30	—	—	—	—	—	—	0	—	—	4
		H. k.	2	54	—	—	—	—	—	—	2	—	—	5
XV	68-årig man; amotio retinæ. Torrt, sterilt, binok. fbd i 11 timmar.	V. k.	—	200	—	—	—	—	—	—	—	62	—	—
		H. k.	—	152	—	—	—	—	—	—	—	20	—	—
XVI *	27-årig, frisk man. Torrt, sterilt, binok. fbd i 9 timmar.	V. k.	3	10	—	—	3	3	—	—	—	—	—	—
		H. k.	2	8	—	—	1	0	—	—	—	—	—	—
XVII	59-årig kvinna; amotio retinæ. Torrt, sterilt, monok. fbd i 12 timmar.	V. k.	—	4	4	—	6	—	—	—	—	5	—	—
		H. k.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XVIII	27-årig, frisk man. Torrt, sterilt, monok. fbd i 10 timmar.	V. k.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		H. k.	10	8	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
XIX	Samma patient. Torrt, sterilt, monok. fbd, fixeradt med häftplåster. 10 timmar.	V. k.	11	150	—	7	—	—	20	—	—	—	—	—
		H. k.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XX	20-årig, enögd man; amotio retinæ. Torrt, sterilt, monok. fbd i 24 timmar.	V. k.	3	85	—	—	2	—	1	2	—	—	—	—
		H. k.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XXI	32-årig man; amotio retinæ. Torrt, sterilt, binok. fbd i 11 timmar.	V. k.	—	8	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
		H. k.	—	6	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—

Af denna tabell synes, att bakteriemängden alltid ökats under ett binokulärt förband, ehuru ökningen visat sig olika stark i olika fall.

Fallen XV och XXI utgjordes af patienter med dubbelsidig retinalaflossing, hvilka behandlats med tryckförband, den förre i 2, den senare i 6 veckor. Hvarje dag hade förbandet aftagits för en kort stund en eller 2 gånger; omedelbart före undersökningen hade båda patienterna haft förband i 11 timmar. Som man finner, är bakteriehalten hos dessa patienter ingalunda synnerligen hög, hos XXI t. o. m. anmärkningsvärdt låg. Samma är förhållandet med XVII, också en retinalaflossning, hvilken under 6 veckor behandlats med monokulärt tryckförband.

Om man får döma af ett enda fall (XVIII), skulle bakteriehalten föga ökas under ett på vanligt sätt anlagdt monokulärt förband, måhända på grund däraf, att det förbundna ögat deltager i det andras blinkningsrörelser. För denna tolkning talar den omständigheten, att en ökning inträdde, när förbandet fixerades med en häftplåsterremsa (XIX), hvarigenom blinkningen försvårades, eller då förbandet anlades på en enögd patient (XX).

Efter förbandets aftagande har i alla fallen (und. XVII) kunnat påvisas en tydlig minskning i bakteriemängden. Dock varierar hastigheten mycket i olika fall, och att t. ex. angifva någon viss tid, efter hvilken bakteriemängden i genomsnitt skulle hafva nedgått till samma värde som före förbandets anläggande, låter sig icke göra — åtminstone ej på grund af föreliggande undersökningar. I flere fall (V, VII, VIII, XI, XII, XIII) är den ännu 3 à 4 timmar efter förbandets aftagande lika stor, som den var, innan förbandet anlades, eller ännu större.

Om »antiseptiska» och »aseptiska» förband.

Såsom förut nämnts, har bl. a. Bernheim påpekat ögonlocksrändernas betydelser såsom bakteriehärdar och framhållit vikten af deras omsorgsfulla desinfektion vid ögonoperationer. Enligt B.[1]) eger ett ständigt utbyte af bakterier rum mellan ögonlockskanterna och konjunktivalsäcken, och en desinfektion af den senare, som icke på samma gång omfattar de förra, blifver därföre värdelös.

---

1) Bernheim: Anf. st., s. 103.

Att bakterier kunna öfverföras från konjunktivalsäcken till ögonlocksranden, är påtaligt. Då ett förband aftages, ser man ju ofta, särskildt om en sublimatdesinfektion föregått, att en mängd sekret uttränger genom rima palpebrarum, och tydligen kan detta sekret medföra bakterier. Ett annat bevis anföres af B.: han såg ofta hordeola uppträda, efter det han infekterat bindehinnan med staphylococcus pyogenes aureus.

För att påvisa en invandring af mikroorganismer från ögonlocksranden till konjunktivalsäcken gjorde B. följande två experiment.

1) Medels en platinaögla öfverfördes en liten mängd 2 dagar gammal kultur af micrococcus prodigiosus till undre ögonlocksranden, där den utströks i ett smalt streck. Efter ett halft dygn uppstod en konjunktivit, hvilken B. tillskrifver en invandring af nyss nämnda bakterie, ehuru det ungefär ett dygn efter infektionen företagna odlingsförsöket gaf negatift resultat.

2) Samma försök upprepades med en kultur af sarcina aurantiaca, sedan ympningsförsök konstaterat, att denna mikroorganism ej på förhand fans i konjunktivalsäcken; efter 7 timmar erhöls en sarcinakoloni vid ympning med konjunktivalsekret.

Försöken förefalla ingalunda säkert bevisande, men göra dock måhända sannolikt, att en invandring af bakterier kan ega rum. Om denna under vanliga förhållanden spelar någon afsevärd rol, blir en annan fråga.

I och för sig kan det ju synas tämligen likgiltigt, huru därmed förhåller sig, då — detta oafsedt — ingen ögonoperatör torde betvifla vikten af att söka befria ögonlocksränderna från där möjligen befintliga patogena mikroorganismer. Det är ju påtagligt, att dessa såväl vid själfva operationen som sedermera vid instillationer o. s. v. lätt kunna direkt införas i såret eller åtminstone i konjunktivalsäcken. Frågan har emellertid en viss betydelse för bedömandet af, huruvida antiseptiska eller aseptiska förband ur bakteriologisk synpunkt äro att föredraga efter en ögonoperation. Det företräde, som man tillskrifvit förband, fuktade i en antiseptisk lösning, framför sådana, som anläggas torra eller fuktade i en indifferent vätska, skulle kunna sökas dels däri, att något af desinfektionsmedlet direkt intränger i konjunktivalsäcken och där utöfvar sin antiseptiska verkan, dels däri, att medlet inverkar på ögonlocksrandens bakteriehalt och därigenom indirekt äfven på bindehinnans.

Den förra möjligheten synes redan a priori föga sannolik. Förbandet innehåller nog i regeln icke så mycken vätska, att denna så att säga kan rinna in i konjunktivalsäcken, och äfven om så vore förhållandet, skulle patienten säkerligen reagera mot det retande ämnets inträngande genom att tillknipa ögonlocken. Att åter vätskan i små kvantiteter skulle sugas in — genom kapillarkraften? — är föga antagligt redan af det skäl, att ögonlockskanterna, öfverdragna som de äro med ett fett ämne, ej fuktas af vatten.

Säkrare än teoretiska spekulationer är naturligtvis att direkt pröfva, huru förhållandet gestaltar sig. Denna väg har också inslagits af MARTHEN [1]) och BACH. [2]) Innan jag redogör för deras försök samt några få, som jag själf verkstält, vill jag påpeka, att det sätt för ögonlockskantens desinfektion, som i allmänhet användes vid härvarande ögonklinik (sid. 28), i självfva verket åstadkommer en mycket afsevärd förminskning i bakteriemängden. Vid mina jämförande desinfektionsförsök undersökte jag visserligen i allmänhet icke ögonlockskanten, alldenstund jämförelsen endast afsåg bindehinnans rengöring, men i en del fall tog jag dock prof äfven från den förra och kunde därvid i likhet med BERNHEIM, MARTHEN och BACH m. fl. konstatera, dels att ögonlockskanten i regeln är synnerligen rik på bakterier, dels att dessa i mycket stark grad förminskas genom aftorkning med fuktiga bomullssuddar. I öfver hälften af fallen erhöllos sterila skålar omedelbart efter desinfektionen. Naturligtvis är det här endast fråga om en relativ sterilitet, men äfven med en sådan är tydligen mycket vunnet.

För att nu återkomma till frågan om förbandets inverkan på ögonlocksrandens och bindehinnans bakteriehalt, så pröfvades denna inverkan af MARTHEN på det sättet, att han i 5 fall anlade (monokulärt?) förband, fuktadt i sublimat 1 : 5000, i 1 fall förband, fuktadt i salicylsyrelösning 1 : 500, och i 9 fall förband, fuktadt i 0,75 % koksaltlösning. Förbandet fick ligga i 24 timmar. Bakteriemängden å ögonlocksranden och i konjunktivalsäcken bestämdes på förut angifvet sätt dels före förbandets anläggande, dels vid dess aftagande. Resultaten blefvo så ytterligt varierande, att det synes vanskligt att af dem draga några

---

[1]) MARTHEN: Anf. st., s. 43.
[2]) BACH: Bakteriologische Untersuchungen über den Einfluss von verschiedenen speciell antiseptischen Verbänden auf den Keimgehalt des Lidrandes und Bindehautsackes. Archiv für Augenheilkunde 1895, bd XXXI, s. 181.

slutsatser beträffande de olika förbandens verkan. Äfven under sublimatförbandet visade sig vid en del fall en kolossal ökning af bakteriemängden såväl i konjuntivalsäcken som å ögonlocksranden, och äfven under koksaltförbandet var ökningen i ett par fall jämförelsevis obetydlig.

Då ökningen emellertid i några fall, där sublimatförband användts, var mindre än vid koksaltförband, anser M. detta bevisa, att sublimatlösningen kan sträcka sin inverkan genom den slutna ögonlocksspringan in i konjunktivalsäcken, vare sig detta sker på direkt eller indirekt väg (jfr sid. 58). Att understundom en stark ökning inträdde äfven under sublimatförband, förklarar M. därmed, att i dessa fall tillslutningen af ögonlocksspringan varit vattentät.

Bach framhåller, att Marthens försöksserie är för liten. Själf har han gjort en del likartade försök med förband, dels torra, dels fuktade med sublimat 1 : 3000, cyanet. hydrargyric. 1 : 5000 eller fysiologisk koksaltlösning. Förbanden lågo ett dygn, men växlades tre gånger under denna tid. Efter att hafva konstaterat, det en ökning i allmänhet inträdde, säger B. att denna ökning »knapt syntes vara» mindre under det antiseptiska än under det aseptiska (torra eller fuktiga) förbandet, och han tror ej, att det antiseptiska medlets inverkan spelar någon afsevärd rol.

Mina egna försök i nu i fråga varande syfte äro ej synnerligen många. Min mening var ej att konstatera, huruvida öfver hufvud taget en skillnad förefinnes eller ej, utan huruvida denna skillnad är så stor, att den kan tillmätas någon egentlig betydelse. För detta ändamål torde ej erfordras synnerligen många försök, om man nämligen gör jämförelsen mellan höger och vänster öga hos samma person och därjämte hvarje gång tager ett flertal prof, hvarigenom på undersökningsmetodens osäkerhet beroende växlingar kompenseras.

Vid undersökningen af ögonlocksranden — jag har härvid begagnat mig af en liten platinaspatel — där osäkerheten hos metoden tydligen är störst, har jag hvarje gång tagit medeltal af 5 prof; vid undersökningen af konjunktivalsäcken medeltal af 3 à 4 prof.

Å ena ögat har anlagts torrt, sterilt förband, å det andra förband, fuktadt i sublimat 1 : 5000. I olikhet med Marthen och Bach, hvilka till förbandet använde bomull, fuktad i den antiseptiska lösningen, har jag emellertid endast fuktat den

närmast ögat liggande lintlappen och utanpå denna lagt torr bomull, därvid anslutande mig till bruket vid härvarande ögonklinik. Att använda fuktig bomull till ett förband efter en starrextraktion är enligt ROHMERs erfarenhet mindre lämpligt, alldenstund den fuktiga bomullen utöfvar en ojämn kompression på ögat och framkallar ödem i konjunktivan.

Förbandet har legat 14—48 timmar och ej ombytts under tiden.

Resultatet framgår af följande öfversikt. I kolumnen I anföres bakteriemängden omedelbart före förbandets anläggande, i kolumnen II: omedelbart efter förbandets aftagande och i kolumnen III: någon tid efter förbandets aftagande. Uppställningen i öfrigt torde inses utan förklaringar.

I de båda med * utmärkta fallen var försöksanordningen något olika den vanliga. I dessa fall desinfekterades nämligen såväl högra som vänstra konjunktivalsäcken med sublimat- och efterföljande koksaltirrigation, sedan först prof tagits. I fall XI desinfekterades därjämte ögonlockskanterna å ömse sidor med sublimat 1 : 1000, i fall XII användes denna desinfektion endast å vänstra sidan, under det ögonlocksranden å högra sidan lemnades utan behandling.

Granskar man nu de erhållna resultaten, så synes man i fråga om ögonlockskanten kunna skönja en tydlig, om ock ej synnerligen stark inverkan af den antiseptiska vätskan. I fråga om bindehinnan åter är verkan i alla händelser föga märkbar och torde säkerligen ej kunna tillmätas någon afsevärd betydelse.

Vid valet mellan fuktiga och torra förband torde därför ej alt för mycken vikt böra läggas vid det förhållandet, att de förra kunna indränkas med en antiseptisk vätska; inverkan af denna vätska är i alla händelser skäligen obetydlig. Huruvida ett fuktigt förband, oafsedt om det är antiseptiskt eller aseptiskt, är att föredraga framför ett torrt, är en fråga, på hvilken här ej är anledning att ingå. Vill man af en eller annan orsak begagna fuktigt förband, synes det ej kunna medföra någon olägenhet att därvid nytja en svag antiseptisk lösning.

			Förbandets beskaffenhet.	Konjunktivalsäcken.			Ögonlocksranden.	
				I	II	III	I	II
I	73-årig man; catar. senil. Binok. förband i 16 timmar.	H.	Sublimat	—	—	—	6	112
		V.	Torrt, ster.	—	—	—	5	347
II	67-årig kvinna; catar. senil. Binok. förband i 20 timmar.	H.	Sublimat	—	—	—	90	410
		V.	Torrt, ster.	—	—	—	111	1666
III	70-årig man; glaucoma simpl. Binok. förband i 18 timmar.	H.	Sublimat	25	225	—	540	962
		V.	Torrt, ster.	49	565	—	745	1225
IV	12-årig flicka; catar. zonul. Binok. förband i 20 timmar.	H.	Sublimat	—	142	90	273	383
		V.	Torrt, ster.	—	96	90	146	1833
V	53-årig kvinna; catar. accreta. Binok. förband i 17 timmar.	V.	Sublimat	15	222	12	—	—
		H.	Torrt, ster.	11	332	22	—	—
VI	47-årig man; catar. senil. Binok. förband i 48 timmar.	H.	Sublimat	125	575	—	—	—
		V.	Torrt, ster.	75	600	—	—	—
VII	70-årig kvinna; catar. senil. Binok. förband i 16 timmar.	H.	Sublimat	17	105	92	—	—
		V.	Torrt, ster.	19	132	77	—	—
VIII	52-årig kvinna; catar. accreta. Binok. förband i 14 timmar.	V.	Sublimat	21	140	53	—	—
		H.	Torrt, ster.	25	48	13	—	—
IX	65-årig man; catar. senil. Binok. förband i 14 timmar.	V.	Sublimat	210	317	180	—	—
		H.	Torrt, ster.	220	843	393	—	—
X	83-årig kvinna; catar. senil. Binok. förband i 14 timmar.	H.	Sublimat	80	666	75	—	—
		V.	Torrt, ster.	78	866	53	—	—
XI *	74-årig man; glaucoma absol. Binok. förband i 24 timmar.	V.	Sublimat	40	40	—	—	—
		H.	Torrt, ster.	20	8	—	—	—
XII *	47-årig man; catar. senil. Binok. förband i 48 timmar.	V.	Sublimat	225	285	—	—	—
		H.	Torrt, ster.	70	325	—	—	—

Om jodoformens inverkan på konjunktivalsäckens bakteriehalt under ett förband.

Jodoformens värde såsom antisepticum har varit föremål för mycket skilda omdömen.

Varmt förordad af framstående kirurger — framför andra Mosetig-Moorhof — hade jodoformen redan tillkämpat sig en erkänd plats bland de moderna sårbehandlingsmedlen, då den

experimentela forskningen ledde till resultat, som framkallade starka tvifvel på jodoformens antiseptiska egenskaper.

Det skulle blifva alt för vidlyftigt att här redogöra för de talrika undersökningar öfver jodoformens inverkan på patogena mikroorganismer inom och utom djurkroppen, hvilka under senaste årtionde sett dagen, närmast framkallade af HEYN och ROVSINGS uppseendeväckande meddelande 1887.[1])

Här må endast påpekas, att åtskilliga forskare på experimentel väg sökt finna en lösning af den motsats, som förefunnits mellan å ena sidan den kliniska erfarenheten, som talade till jodoformens förmon, och å andra sidan laboratorieförsöken, som nästan utan undantag gåfvo till resultat, att jodoformen utöfvar ringa eller intet inflytande på patogena mikroorganismers tillväxt. Så hafva t. ex. DE RUYTER[2]) och STCHÉGOLEFF[3]) med experiment sökt ådagalägga, att jodoform visserligen ej är ett antisepticum i vanlig mening, d. v. s. icke förmår att döda patogena mikroorganismer eller väsentligt hindra deras tillväxt, men väl eger en utpräglad indirekt antiseptisk verkan därigenom, att jodoformen förstör eller neutraliserar de af bakterierna bildade toxinerna, hvilka enligt GRAWITZ och DE BARY,[4]) SCHEUERLEN,[5]) LEBER,[6]) m. fl. äro närmaste orsaken till inflammation och suppuration.

Hvilken förklaringen än må blifva, så synes dock jodoformen fortfarande på många håll åtnjuta ett ganska stort förtroende. Hvad särskildt oftalmiatriken vidkommer, så har medlet därstädes haft en mycket vidsträckt användning. Detta framgår bl. a. däraf, att det af enskilda klinici rekommenderats icke blott mot de mest skilda affektioner i ögats yttre delar såsom blefarit och dakryocystit, katarral konjunktivit och trakom,

---

[1]) HEYN und ROVSING: Das Jodoform als Antisepticum. Fortschritte der Medicin 1887, 15 jan., s. 33

[2]) DE RUYTER: Zur Jodoformfrage. v. LANGENBECKS Archiv, bd. XXXV, h. 1, s. 213 och bd XXXVI, h. 4, s. 984.

[3]) STCHÉGOLEFF: Comment il faut interprêter l'action antiseptique de l'iodoforme. Archives de médicine expérimentale 1894, s. 813.

[4]) GRAWITZ und DE BARY: Über die Ursachen der subcutanen Entzündung und Eiterung. VIRCHOWS Archiv 1887, bd CVIII, s. 67.

[5]) SCHEUERLEN: Über die Entstehung der Eiterung: ihr Verhältniss zu den Ptomainen und zur Blutgerinnung. v. LANGENBECKS Archiv, bd. XXXVI, h. 4, s. 925.

[6]) LEBER: Über die Entstehung der Entzündung und die Wirkung der Entzündungserregenden Schädlichkeiten. Fortschritte der Medicin 1888, 15 juni, s. 460.

ulcerös och parenkymatös keratit o. s. v., utan äfven mot irit och iridokorioidit, ja t. o. m. mot glaukom.[1])

Äfven vid starroperationer har jodoform ofta användts, särskildt i de fall, där en komplicerande dakryocystit eller konjunktivit förelegat. Genom att pudra jodoform på operationssåret ansåg man sig kunna skydda detta mot faran för en infektion.[2])

För närvarande synes medlet åtnjuta största förtroendet vid behandlingen af ulcerösa keratiter, men äfven efter starroperationer användes jodoformen fortfarande af en del ögonoperatörer, företrädesvis i de fall, där tårvägarna förete en »misstänkt» beskaffenhet. Måhända räknar man därvid mindre på jodoformens antiseptiska verkan än på dess andra — exempelvis sekretionshämmande — egenskaper.

Vid härvarande ögonklinik inpudras jodoformpulver i ringa mängd, då »tårkanalen eller ögonlocksränderna företett några förändringar» (jfr n:r 13, s. 28). Pulvret pudras ej direkt på operationssåret, utan i inre ögonvrån, och är alltid steriliseradt, hvilket torde vara ett »conditio sine qua non» för dess användning under dylika omständigheter, alldenstund HEYN och ROVSING m. fl. visat, att pyogena mikroorganismer kunna fortlefva i jodoformpulver en månad eller därutöfver.[3])

Afsikten med följande lilla försöksserie är att ådagalägga, om en jodoforminpudring, så som den vid härvarande ögonklinik plägar användas, förmår att i afsevärd grad hindra tillväxten af konjunktivalsäckens bakterier under ett förband. För detta ändamål har jag begagnat mig af samma jämförande metod som vid mina föregående försök. Sedan konjunktivalsäckens bakteriemängd på vanligt sätt bestämts, har en mindre mängd (en Daviels sked full) steril jodoform inpudrats i patientens ena öga, hvarefter torrt, sterilt, binokulärt förband anlagts för en viss tid. Omedelbart efter förbandets aftagande har bakteriehalten ånyo bestämts. Genom att jämföra tillväxten å båda sidor erhåller man ett mått på det hämmande inflytande, som jodoformen tilläfventyrs utöfvar.

Resultatet af undersökningen framgår af följande öfversikt, hvilken uppstälts på analogt sätt som den förut lemnade, hvil-

---

[1]) Jfr VOSSIUS: Über die Anwendung des Jodoforms in der Augenheilkunde. v. GRÆFES Archiv 1883, bd XXIX, I, s. 297 samt ROHMER: Anf. st., s. 142.

[2]) Jfr ROHMER: Anf. st., s. 344.

[3]) Anf. st., s. 42.

ken rörde förbandets inflytande. I kolumnen I anföres sålunda bakteriehalten (antalet kolonier) före förbandets anläggande, i kolumnerna II och III: omedelbart och någon tid efter dess aftagande. De anförda siffrorna äro medeltal, erhållna ur 3 à 4 prof.

				I	II	III
I	13-årig gosse; retinitis albuminur. Conjunctiva och tårvägar utan anmärkning. Torrt, sterilt, binokulärt förband i 13 timmar.	H. V.	Jodoform Ingen jodof.	35 30	85 125	40 38
II	53-årig kvinna; catar. accreta. Conjunctiva och tårvägar utan anmärkn. Torrt, sterilt, binokulärt förband i 17 timmar.	V. H.	Jodoform Ingen jodof.	7 4	282 104	35 16
III	54-årig kvinna; catar. senilis. Conjunctiva och tårvägar utan anmärkn. Torrt, sterilt, binokulärt förband i 18 timmar.	H. V.	Jodoform Ingen jodof.	7 8	234 226	114 66
IV	30-årig, frisk man. Conjunctiva och tårvägar utan anmärkning. Torrt, sterilt, binokulärt förband i 10 timmar.	H. V.	Jodoform Ingen jodof.	55 33	150 75	24 30
V	27-årig, frisk man. Conjunctiva och tårvägar utan anmärkning. Torrt, sterilt, binokulärt förband i 9 timmar.	V. H.	Jodoform Ingen jodof.	3 2	10 8	3 1
VI	19-årig man; corp. alien. in oculo. Ögat nu retningslöst. Conjunctiva och tårvägar utan anmärkning. Torrt, sterilt, binokulärt förband i 4 timmar.	H. V.	Jodoform Ingen jodof.	0 1	0 4	— —
VII	43-årig man; amotio retinæ. Conjunctiva och tårvägar utan anmärkning. Torrt, sterilt, binokulärt förband i 9 timmar.	V. H.	Jodoform Ingen jodof.	26 7	45 70	— —
VIII	59-årig kvinna; amotio retinæ. Conjunctiva och tårvägar utan anmärkn. Torrt, sterilt, binokulärt förband i 9 timmar.	V. H.	Jodoform Ingen jodof.	3 3	32 13	— —
X[1])	19-årig man; neuritis intraocul. Conjunctiva och tårvägar utan anmärkning. Torrt, sterilt, binok. förband i 14 timmar.	V. H.	Jodoform Ingen jodof.	60 49	1 1	— —

Ofvan stående försöksserie torde, ehuru liten, tillräckligt utvisa, att jodoformen ej förmår att i högre grad hämma bakteriernas tillväxt i konjunktivalsäcken under ett förband. I flertalet af de anförda försöken inträdde en stark ökning af bak-

[1]) I detta fall desinfekterades båda ögonen med sublimat- och efterföljande koksaltirrigation, innan förbandet anlades.

teriehalten, och denna ökning visade sig ej mindre å den sida, där jodoforminpudring användts, än å den andra.

Resultatet är för öfrigt just icke öfverraskande. När man inpudrat jodoform i konjunktivalsäcken, vare sig i undre fornix eller i inre ögonvinkeln, ser man vid förbandets aftagande, att det gula pulvret samlats i en liten klump längst in i inre ögonvrån, under det konjunktivalsäcken för öfrigt ej innehåller några synliga spår däraf. Kommer så därtill, att jodoform är så godt som olöslig i vatten (1: 13 000 enl. HAMMARSTEN: Farmacevt. kemi) — och väl också i konjunktivalsäckens sekret — samt att tårströmmen går i riktning mot inre ögonvrån, så synes det ju föga antagligt, att jodoformen skulle kunna utöfva något afsevärdt inflytande på konjunktivalsäckens bakteriehalt under normala förhållanden.

Huruvida medlet kan motverka en infektion i de fall, där tårvägarna äro sjukligt afficierade, torde väl endast kunna afgöras på grund af en vidsträckt klinisk erfarenhet. Man skulle ju kunna tänka, att jodoformpulvret i någon mon hindrade från tårsäcken regurgiterande infektiöst sekret att inkomma i operationssåret.

Lika litet kunna de ofvan anförda resultaten anses tala vare sig för eller emot jodoformens användning vid ulcerösa keratiter. Vid dessa ser man ju i regeln jodoformen kvarligga såsom en utfyllnad i substansförlusten, och det är ju väl möjligt, att medlet under dessa förhållanden, vare sig genom att neutralisera de bildade toxinerna eller på annat sätt, kan hafva en gynsam inverkan på den sjukliga processen.

Då man understundom ser uppgifvas, att jodoform icke skulle utöfva något märkbart inflytande på utvecklingen af den pyogena stafylokocken å vanliga näringssubstrat, så må här i korthet anföras ett par försök, hvilka synas visa, att jodoform, i enlighet med hvad SATTLER och WEEKS, m. fl. förut framhållit, utöfvar en tydlig, om ock svag hämmande verkan på nyss nämnda bakteries tillväxt in vitro.

En kvantitet buljong infekterades med staphylococcus pyogenes aureus och fördelades därefter på profrör, af hvilka halfva antalet försattes med jodoform (en Daviels sked till 10 kc. buljong) hvarpå samtliga rören inställdes i termostat. Efter 24 timmar visade sig de profrör, som icke innehöllo jodoform, alltid betydligt starkare grumlade än de öfriga.

Öfverympning på nytt näringssubstrat (agar) samt inokulation i kanincornea gaf emellertid ingen tydlig skillnad mellan kulturerna från de båda olika slagen af buljong.

Om, såsom STCHÉGOLEFF funnit, stafylokocker, som utvecklat sig vid närvaro af jodoform, äro mindre virulenta än andra, så synes skillnaden dock ej vara så stor, att den framträder vid inympning i kanincornea. Jag observerade upprepade gånger panoftalmiter, då en liten kvantitet af en stafylokockkultur, som utvecklat sig i jodoformblandad buljong, införts i kanincornea.

En annan försöksserie anordnades enligt professor WIDMARKS förslag på följande sätt.

I sterila glasskålar utrördes en emulsion af staphylococcus pyogenes aureus, i somliga med jodoform, i andra med steril, fin sand. Samtliga skålarna insattes i termostat och kvarlemnades därstädes i 2 à 3 dygn. Af det då fullt torra innehållet ströddes en liten kvantitet från hvarje skål på ytan af agarplattor, som inställdes i termostat. Å samtliga plattor utvecklade sig kolonier, men de som härstammade från jodoformskålarna voro bleka, små och tunna samt antogo i regeln icke gul färg efter flere dagar, under det de andra utvecklade sig frodigare och med vanlig gul färg. Samma utseende visade f. ö. äfven de förra, då de öfverympades på nytt näringssubstrat. Afsikten med försöksanordningen var att bringa jodoformen i så intim beröring med bakterierna som möjligt. Emellertid visade den sig icke ens under dessa förhållanden kunna fullständigt hämma deras utveckling.

Beskrifning af de funna bakterierna.

Då de undersökningar, för hvilka jag förut redogjort, endast gält de kvantitativa förhållandena hos konjunktivalsäckens bakterier, så har det med afseende på dem endast sekundärt intresse, hvilka arter som anträffats. Emellertid har det synts mig vara på sin plats att här jämväl lemna en kort beskrifning af de funna mikroorganismerna, hvarvid jag dock vill inskränka mig till dem, som på grund af sin patogenitet, sin frekventa förekomst eller af något annat skäl erbjuda något särskildt intresse.

Själfva den metod, som jag användt vid mina undersökningar, nämligen anläggandet af plattkulturer i Petriska skålar, kan lätt gifva anledning till den anmärkningen, att måhända en eller annan af de erhållna kolonierna icke härstammat från konjunktivalsäcken, utan berott på tillfällig förorening ur luften. Det låter sig naturligtvis icke göra att bestämdt utesluta denna möjlighet, men jag vill dock påpeka, att af och till anlagts kontrollplattor, och att dessa förblifvit sterila.

Ehuru jag på grund häraf anser sannolikt, att äfven de mikroorganismer, som jag endast någon enda gång anträffat i en eller ett par kolonier, härstammat från konjunktivalsäcken, så synes å andra sidan deras förekomst icke erbjuda något egentligt intresse, då, såsom redan förut påpekats, sannolikt alla luftens bakterier någon gång kunna tillfälligtvis anträffas i konjunktivalsäcken.

Något annorlunda blir förhållandet med de arter, som visat patogena egenskaper eller förekommit frekvent och i större antal.

Då det naturligtvis icke varit möjligt att särskildt undersöka hvar och en af de stundom flere hundra kolonier, som förefunnits i en skål, har jag gått så till väga, att jag makroskopiskt och med tillhjälp af låg förstoring och undersökning af färgade preparat sökt bestämma, huru många olika arter, som varit representerade bland de i hvarje skål erhållna kolonierna. Från en koloni af hvarje art har å sned agar anlagts en kultur, hvilken sedermera gjorts till föremål för vidare undersökning.

Såsom näringssubstrat hafva användts köttvattenpeptonagar, köttvattenpeptongelatina och buljong; understundom därjämte kalfblodserum och ascitesagar.

Patogeniteten har alltid pröfvats genom inympning i kanincornea, hvarest medels lans bildats ett fickformigt sår, i hvilket kulturen införts med platinatråd. Naturligtvis hafva flere ympningar gjorts, hvarjämte kontrollympningar verkstälts. De använda kulturerna hafva i regeln varit 2—4 dagar gamla.

Mikroskopiskt hafva bakterierna undersökts i preparat, färgade med metylenblått eller svag karbolfuksin samt enligt Grams metod. Storleken har bestämts med tillhjälp af okularmikrometer.

I jämförelse med flere andra, som före mig renodlat bakterier från konjunktivalsäcken, har jag anträffat ett tämligen

ringa antal olika arter. MARTHEN, som endast undersökte 23 fall, fann hos dessa 18 olika arter, och BACH, som undersökte ett betydligt större antal fall, 27 olika arter. Själf har jag endast renodlat 12 arter.

Sannolikt beror skillnaden till en del därpå, att jag nästan uteslutande undersökt patienter med frisk bindehinna, under det MARTHEN och BACH äfven undersökt andra. Hos hvarje patient anträffades sällan flere än 2 à 3 olika arter, i regeln de samma på båda ögonen.

1) *Staphylococcus pyogenes aureus.*

Denna bakterie anträffades i 5 fall. Två af dessa utgjordes af yngre personer (15 och 20 år), hvilka vårdades för inre ögonlidanden (retinitis albuminurica och retinochorioiditis) och ej visade några förändringar med afseende å bindehinna och ögonlocksränder. De 3 öfriga fallen utgjordes af äldre personer, som intagits å ögonafdelningen för undergående af starroperation. Om en af dessa är anmärkt, att båda undre tårpunkterna voro något everterade, om en annan, att konjunktivan var något injicierad, ehuru ej starkare än man ofta ser den hos äldre personer. För öfrigt visade icke vare sig bindehinna eller tårvägar något abnormt i dessa fall. Starrextraktionerna förlöpte hos dem alla utan tecken till infektion.

I fråga varande fall utgöra emellertid ett nytt bevis för det af flere andra påpekade förhållandet, att pyogena stafylokocker kunna anträffas å en bindehinna, som till utseendet icke afviker från det normala.

Hvad den funna mikrokocken vidkommer, så torde en utförlig beskrifning af den samma här ej vara erforderlig. Jag vill endast påpeka, att den både i det mikroskopiska preparatet och i kulturer öfverensstämde såväl med den beskrifning, som i allmänhet lemnas af staphylococcus pyogenes aureus, som med från andra håll erhållna kulturer af nyss nämnda bakterie. Den koagulerade mjölk och framkallade, inympad i kanincornea, svåra hypopyonkeratiter, stundom ledande till panophthalmitis.

2) *Staphylococcus pyogenes albus.*

Endast i 3 fall har jag påträffat en bakterie, som, för så vidt jag kunde finna, endast skilde sig från den föregående

därutinnan, att den i kulturerna växte med hvit färg, under det den för öfrigt (specielt i sitt förhållande till gelatina) öfverensstämde med den samme.

Då såsom bekant den gula stafylokocken understundom antar den gula färgen först efter någon tid, vill jag särskildt påpeka, att i dessa fall kulturerna bibehöllo sin hvita färg under hela observationstiden.

Vid de gjorda inympningarna i kanincornea instälde sig visserligen ej panoftalmit, men väl häftiga hypopyonkeratiter. Bakterien härstammade från ögon, hvilkas bindehinna ej företedde några påtagliga förändringar. I två af fallen anträffades därjämte den gula stafylokocken. De verkstälda operationerna ledde ej till infektion.

3) *Mikrokock, liknande staphylococcus pyogenes albus* (α).

Om den under n:r 2 omnämnda mikroorganismen med alt skäl kan rubriceras som staphylococcus pyogenes albus, så är den nu i fråga varande mikrokockens ställning till de pyogena stafylokockerna mera osäker.

Denna bakterie, hvilken är den, som jag oftast, ja nästan konstant anträffat i konjunktivalsäcken, öfverensstämmer i åtskilligt med den närmast föregående, men afviker från den samma hufvudsakligen i två hänseenden: den smälter gelatina långsammare och med mindre grumling samt är mindre patogen för kanincornea. Jag återkommer längre ned till denna sak, men vill först gifva en kort beskrifning af bakterien i fråga, hvilken jag här för bekvämlighets skull betecknar med α.

I det mikroskopiska preparatet har jag ej kunnat finna någon konstant skillnad mellan α och de vanliga pyogena stafylokockerna. Vid direkt jämförelse mellan preparat från lika gamla kulturer föreföll det mig, som skulle α visa mera växlande storlek hos de olika kockerna och oftare bilda diplokocker, men skillnaden är obetydlig och torde i alla händelser ej kunna tillmätas någon större vigt. α färgas väl enligt GRAM.

På agarplattor bildar den efter 48 timmar djupa och ytliga kolonier, af hvilka de förra makroskopiskt synas som hvita korn af intill ett knappnålshufvuds storlek, under det de senare bilda runda skifvor af omkring 5 mms genomskärning, med jämn, fuktigt glänsande yta och hvit färg. Vid låg förstoring och genomfallande ljus synas de djupa kolonierna runda eller

ovala, af gulbrun färg; de ytliga hafva ofta en kärne af samma utseende samt visa för öfrigt en ljusgul, fingranulerad massa, som begränsas af en jämn, fin rand. Mot koloniens centrum ser man stundom större knottror af mörkare färg.

Streckkultur å sned agar bildar ett mjölkhvitt, fuktigt glänsande band med vågig kant.

Å gelatinaplattor ser man efter 1 à 2 dygn små, fina, hvita punkter, hvilka vid låg förstoring visa sig som små, runda, ljusgula skifvor med jämn rand och ytterst fingranuleradt innehåll. Efter ytterligare ett par dygn kan man vanligen under mikroskopet iakttaga en skillnad mellan djupa och ytliga kolonier, hvilka visa ungefär samma utseende som på agar, ehuru de äro mindre. Smältning af gelatinan inträder först efter 4 à 5 dagar, då kring de ytliga kolonierna bilda sig små skålformiga nedsänkningar, som så småningom vidga sig och sammanflyta.

Vid stickympning i gelatina bildar sig först en liten, knappnålshufvudstor, hvit ytkoloni vid instickstället samt längs sticket en hvit strimma, sammansatt af små hvita korn. Efter några dagar sänker sig ytkolonien ned, så att den kommer att ligga på botten af en liten lufttratt, hvilken så småningom blir alt djupare och vidare. Under kolonien smälter gelatinan längs sticket i ett nedåt tillspetsadt parti. Efter hand synes ytkolonien liksom upplösas i den smälta gelatinan, hvilken är något grumlad af fina, diskreta korn. Smältningen fortskrider långsamt och plägar efter 2 à 3 veckor omfatta hela innehållet i profröret. Grumlingen förblifver alt jämnt obetydlig.

Emellertid visa sig i olika fall ganska stora variationer såväl i den hastighet, hvarmed smältningen fortskrider, i »lufttrattens» storlek och form o. s. v., som i grumlingens intensitet. [1])

Buljong grumlas starkt efter ett dygn och på botten i röret bildas en hvit bottensats. Mjölk koaguleras inom 48 timmar.

Inympad i kanincornea framkallar α i regeln ett mindre infiltrat, åtföljdt af lindriga retningssymptom. Efter ett par

[1]) *Anm.* Då den hastighet, hvarmed gelatinan smältes, som bekant är mycket beroende af gelatinans konsistens m. m., vill jag nämna, att vid mina försök med staphylococcus pyogenes aureus gelatinan i plattkultur i regeln var fullständigt smält efter 2 dygn och i stickkultur fullständigt smält i hela profröret efter 5 à 6 dygn. I dessa fall var gelatinan starkt fingrumlig.

dagar uppstår ett ulcus, som läkes med kvarlemnande af en macula. Perforation af cornea iakttog jag aldrig vid mina försök, ej häller hypopyon. Virulensen visar sig för öfrigt mycket växlande. Stundom medför en inympning nästan inga tecken till infektion.

Det ligger nära till hands, att i nu i fråga varande bakterie se en försvagad varietet af den hvita, pyogena stafylokocken. För denna åsikt tala i viss mon det växlande förhållandet till gelatina och den växlande virulensen. Äfven den vanliga pyogena stafylokocken uppges understundom vara föga patogen för kanincornea. [1]) I de fall, där jag anträffade bakterier, som i gelatinakulturer förhöllo sig på det sätt, hvilket plägar anges såsom karakteristiskt för de pyogena stafylokockerna, gaf emellertid en ympning i kanincornea alltid ett stort infiltrat, åtföljdt af häftiga retningssymptom.

Huruvida det skulle kunna lyckas att öfverföra den supponerade försvagade varieteten i en mera virulent form, kan jag ej afgöra, då några i detta syfte påbörjade försök hittils ej ledt till något resultat. Frågan har ett visst intresse, då den här afhandlade mikrokocken synes utgöra en nästan konstant invånare i konjunktivalsäcken.

Många författare, som undersökt konjunktivalsäckens bakterier, hafva bland dessa anträffat former, som efter beskrifning att döma mer eller mindre fullständigt öfverensstämt med den nu i fråga varande. SATTLER [2]) anger bland de bakterier, som förekomma på den normala bindehinnan, en mikrokock, »liknande staphylococcus pyogenes albus». Särskildt har MORAX [3]) framhållit, att man ofta på ögats bindehinna finner en bakterie, som visar en del likheter med den hvita, pyogena stafylokocken, men som dock ur praktisk synpunkt bör skiljas från den senare, enär den är föga patogen. Huruvida den bör uppfattas som en saprofytisk form af staphylococcus pyogenes albus, lemnar M. oafgjordt, men hänvisar till undersökningar af BOSSOWSKI, [4]) TAVEL [5],) m. fl., enligt hvilka den hvita stafylokocken i allmänhet skulle vara mindre patogen än den gula och ofta

---

[1]) Jfr GOMBERT: Anf. st., s. 107.

[2]) Bericht des Ophthalm. Congr. Heidelberg 1888.

[3]) MORAX: Anf. st., s. 106.

[4]) BOSSOWSKI: Wiener medic. Wochenschr. 1887, n:r 8, 9.

[5]) TAVEL: Die Sterilität der antiseptisch behandelten Wunden unter dem antiseptischen Verbande. Correspondenzblatt für Schweizer Ärtzte. Juli 1892.

förekomma under aseptiska förband utan att leda till infektion af operationssåret.

Welch,[1]) som M. äfvenledes omnämner, har till och med efter omsorgsfull desinfektion af huden från den samma erhållit en mikrokock, som smälter gelatina och koagulerar mjölk långsammare än den gula, pyogena stafylokocken och därjämte är mindre virulent för kanin, men för öfrigt tämligen väl öfverensstämmer med den vanliga beskrifningen på staphylococcus pyogenes albus. Denna bakterie, som W. benämner staphylococcus epidermidis albus, anses af honom som en försvagad form af staphylococcus pyogenes albus.

I det hela taget synes de så kallade hudkockernas ställning till de pyogena stafylokockerna ännu vara något osäker. Att samma mikrokock, som jag erhållit från konjunktivalsäcken, äfven förekommer å huden, därom har jag öfvertygat mig genom direkta försök.

4) *Mikrokock* β.

Denna bakterie anträffades hos 4 starrpatienter, hvilkas bindehinna företedde friskt utseende, alltid i ett rätt betydligt antal kolonier.

Mikroskopiska preparat visa runda, tämligen jämnstora kocker af 0,8 à 0,9 μ genomskärning, väl färgbara enligt Gram. Vid färgning med svag karbolfuksin eller metylenblått ser man en del genom ett mycket svagt delstreck åtskilda diplokocker. Vid jämförelse med preparat från lika gamla kulturer af staphylococcus pyogenes aureus synes β något större.

Å agarplattor erhållas hvita kolonier, af hvilka de ytliga efter några dagar antaga en svag dragning i ockragult. På sned agar växer β som ett fuktigt glänsande, vågigt band, till utseendet påminnande om staphylococcus pyogenes aureus med den skillnad, att färgen, som till en början är hvit eller gråhvit, efter några dagar antar en dragning i ockragult, hvarvid en skillnad visar sig mellan randen, som bildar ett smalt bräm af mättadt gul färg, och midten, som är svagare gulfärgad.

Vid spridning å gelatinaplattor visa sig efter 2 dygn små, nätt och jämnt makroskopiskt synliga punkter i gelatinan. Vid låg förstoring synas de cirkelrunda, ytterst fingranulerade med

[1]) Welch: Anf. st.

jämn, hårfin rand, svagt gula i genomfallande ljus. Efter ytterligare ett à två dygn urskiljer man under mikroskopet ytliga och djupa kolonier, i det de förra blifva större, tunnare, mera genomskinliga, fortfarande med jämn rand, under det de senare kvarstå ungefär oförändrade. Efter en vecka hafva ytkolonierna en genomskärning af 2 till 3 mm. och synas makroskopiskt som små, runda, föga upphöjda, gula, glänsande droppar. Smältning inställer sig ej; randen förblifver jämn.

Stickympning i gelatina ger upphof till en »spikkoloni», hvars hufvud utgöres af en till en början gråhvit, sedan svagt ockragul ytkoloni, under det längs insticket bildas en strimma af fina, hvita korn. Randen af ytkolonien är jämn, af mättadt gul färg, genom ett fint, med randen koncentriskt streck skild från midten, som är svagare gulfärgad. Efter omkring en vecka börjar ytkolonien, som nu nått en genomskärning af 6 à 7 mm., att något sänka sig ned i näringssubstratet, utan att dock någon smält gelatina kan iakttagas.

Efter ytterligare en à två veckor har kulturen ett ganska karakteristiskt utseende. Öfverst i röret är en fingerborgsformad nedsänkning, ej nående rörets vägg och skarpt afsättande sig mot den oförändrade gelatinan. På insidan är nedsänkningen beklädd af den fuktigt glänsande, gula, sönderflikade ytkolonien. Utefter undre delen af insticket synas en del fina, till en hvit strimma sammangyttrade korn, bildande ett slags skaft till den blomkalkliknande ytkolonien. Detta utseende bibehåller sig tämligen oförändradt under följande veckor.

Svagt alkalisk buljong grumlas starkt inom ett dygn och på botten i röret afsättes en smutsigt grågul fällning. Ännu efter en à två veckor är buljongen fortfarande starkt grumlad.

Bakterien i fråga framkallar vid inympningning i kanincornea ett omkring hampfröstort infiltrat, åtföljdt af chemos, perikornealinjektion och irit utan hypopyon. Perforation af cornea inträdde aldrig vid de af mig gjorda inokulationerna.

5) *Mikrokock* γ.

Denna bakterie anträffades endast i ett fall, men i ett flertal kolonier. Patientens bindehinna och tårvägar företedde inga förändringar. I mikroskopiska preparat visar nu i fråga varande mikrokock nästan samma storlek och utseende som

den närmast föregående, endast med den skillnad, att diplokockformerna förekomma vida talrikare. Den färgas väl enligt GRAM.

På agarplattor bildar den kolonier, hvilkas utseende rätt mycket påminner om staphylococcus pyogenes aureus, ehuru färgen är mera ljust grågul.

På sned agar växer den som ett vågigt band af smutsigt grågul färg.

Kulturen är mycket seg och utdrages med platinanålen i långa trådar.

I gelatinaplattor ser man efter två dygn små, gråhvita punkter, som vid låg förstoring synas som cirkelrunda, ljusgula skifvor med nästan homogent innehåll och fin, jämn kant. Efter ytterligare ett dygn visar sig tydlig skillnad mellan djupa och ytliga kolonier, i det de förra synas mörkbruna, de senare ljusgula, större och tunnare med skarp, jämn kant och fingranuleradt innehåll.

Efter 5 à 6 dygn kan man iakttaga en börjande smältning af gelatinan, i det ytkolonierna — nu små gråhvita skifvor af 1 à 1,5 mm:s genomskärning — ligga nedsänkta i skålformiga fördjupningar. Under mikroskopet visa de en sönderfallande rand.

Tre dagar gammal stickkultur i gelatina visar en grågul, något nedsänkt, fuktigt glänsande ytkoloni af omkring 6 mm:s genomskärning samt ett af fina punkter sammansatt streck längs insticket. Under ytkolonien bildar sig ett skålformigt parti föga grumlad gelatina, som så småningom vidgar sig och snart uppnår rörets kant, under det smältningen endast sakta fortskrider nedåt. Efter en vecka är gelatinan smält i ett ända till rörets vägg nående lager af 1 till 2 cm:s djup, hvilket med jämn gräns afsätter sig mot den oförändrade gelatinan. På den smälta, måttligt grumlade gelatinan simmar ytkolonien i form af ett smutsigt grågult, segt täcke, och ofvanpå den osmälta gelatinan ligger ett ringa sediment af ungefär samma färg. Ännu efter 2 à 3 veckor är gelatinan längs undre delen af sticket ungefär oförändrad.

Buljong grumlas starkt redan inom 12 timmar, och grumlingen kvarstår under följande veckor.

Inympad i kanincornea framkallar γ ett omkring hampfröstort infiltrat, åtföljdt af chemos och irit, men utan hypopyon. Perforation af hornhinnan inträdde ej vid de af mig företagna

inokulationerna. Infiltratet öfvergick i ett ulcus, som läktes med efterlemnande af en medelstor macula.

6) *Mikrokock* δ.

Denna bakterie anträffades i 8 fall hos äldre personer utan tydliga förändringar å bindehinnan, vanligen i ett flertal kolonier.

I Gramfärgade preparat synes den utgöras af runda, något olikstora kocker af betydliga dimensioner (0,9—1,2 μ). Åtskilliga af de större visa ett svagt delstreck såsom antydan till en delning, och tydligare framträder detta vid färgning med metylenblått eller svag karbolfuksin, då man ser ett ganska stort antal diplokocker, bestående af intill hvarandra tätt liggande halfsferer.

Å agarplattor erhållas kolonier liknande α, men ytkolonierna hafva en mera gråhvit färg. Vid låg förstoring visar sig innehållet granuleradt af fina korn, hvilka särskildt i kanten af kolonien synas starkt ljusbrytande. Randen är jämn eller å äldre kolonier ytterst fint naggad. I genomfallande ljus har kolonien en svag dragning i grågrönt.

Å sned agar växer δ frodigt med hvitgrå färg och fuktigt glänsande yta. Den vågiga kanten visar en mängd mot den samma vinkelräta, ytterst fina streck.

Å gelatinaplattor erhållas efter två dygn små punktformiga kolonier, som vid låg förstoring visa ett granuleradt innehåll af samma utseende som å agar och hafva jämn rand. Under följande dagar inträder egentligen ingen annan förändring, än att kolonierna blifva något större och en skillnad mellan ytliga och djupa kolonier visar sig. De förra blifva större, ljusare och tunnare, de senare mörkare.

Stickkultur i gelatina bildar en spikkultur, hvars hufvud till en början är gråhvitt, men efter en à två veckor antager färgen en dragning i vaxgult, och därjämte visa sig en mängd fina med randen koncentriska fåror, som gifva kolonien ett karakteristiskt utseende. Efter ett par veckor har ytkolonien en genomskärning af ungefär 8 mm.

Utefter insticket bildas en fin strimma af hvita korn. Smältning inträder ej, och i det hela förändras utseendet föga under följande veckor.

Buljong grumlas raskt med kvarstående grumling.

I fråga varande bakterie är ej patogen för kanincornea.

7) *Streptokock.*

Denna härstammade från en äldre person utan påvisbara förändringar af bindehinna eller tårvägar. Den anträffades endast i de från det ena ögat tagna profven, men här i flere kolonier.

Det mikroskopiska preparatet visade vackra streptokockkedjor, väl färgbara enligt GRAM.

I kulturer öfverensstämde den med de vanliga beskrifningarna på den pyogena streptokokken, hvarföre det torde vara onödigt att utförligare redogöra för dess kulturförhållanden.

På gelatina utvecklade den sig i rumvärme ytterst dåligt och öfverensstämde häri liksom i sina kulturförhållanden för öfrigt väl med en från angina tonsillaris erhållen streptokock, som jag odlade till jämförelse

Den grumlade buljong och bildade däri synnerligen långa och vackra kedjor.

Jag gjorde upprepade inympningar i kanincornea, men med negatift resultat. Insprutning subkutant (i örat) på kanin ledde ej häller till infektion. Det torde sålunda varit fråga om en saprofytisk form.

8) *Sarcina lutea.*

I 3 fall renodlade jag från bindehinnor utan påvisbara förändringar en bakterie, som jag anser vara sarcina lutea. Det torde vara onödigt att här närmare beskrifva denna icke patogena bakterie, som redan förut ofta anträffats i konjunktivalsäcken och utförligt beskrifvits af bl. a. FICK[1]) och GOMBERT.[2]) Den af mig funna arten öfverensstämmer bäst med FICKS noggranna beskrifning. I likhet med FICK och GOMBERT fann jag ofta, att gelatinan smältes efter en eller annan vecka, utan att någon förorening kunde påvisas.

Inympning i kanincornea ledde ej till infektion.

9) *Bacill* ε (= *Weeks »klubbformade bacill»*).

Nästan lika ofta som den förut beskrifna mikrokocken α har jag funnit nu i fråga varande bacill, nästan alltid i ett

---

[1]) Anf. st.

[2]) Anf. st.

mycket stort antal kolonier. Oftast hafva de båda i fråga varande arterna träffats tillsammans och ej sällan bildat samtliga från en conjunctiva erhållna kolonier. Att de visat olika resistens gent emot desinfektion, är redan förut påpekadt.

I det mikroskopiska preparatet ger bacillen i fråga en mycket karakteristisk bild, men det karakteristiska ligger till en del i en formrikedom, som gör en beskrifning rätt vansklig.

Såsom ett slags utgångspunkt för de växlande formerna, hvilka sannolikt äro att uppfatta som degenerationsformer, torde man kunna betrakta en liten diplobacill eller, riktigare uttryckt, en genom en »plasmalucka» i två hälfter delad bacill af omkring 2 μ:s längd och 0,6 μ:s tjocklek. Stundom ser man kortare individer utan »plasmalucka». Ändarna äro vanligen afrundade. Emellertid te sig endast ett fåtal baciller under denna relatift enkla form. Vanligen synes den ena hälften hafva svält upp till en päron- eller klubbformad bildning af jämförelsevis mycket betydlig storlek, under det den andra krympt ihop till en liten punkt, delat sig i ett par små segment eller till och med alldeles försvunnit.

Genom att undersöka kulturer af olika ålder, från olika näringssubstrat o. s. v., har jag sökt att erhålla preparat, fria från de supponerade degenerationsformerna, men alltid återfunnit dessa, ehuru mest utpräglade i de äldre kulturerna. Jag har äfven återfunnit dem i preparat direkt från konjunktivalsekret. Bacillen färgas intensift enligt GRAMS metod.

Kapsel har jag ej med säkerhet kunnat iakttaga.

Å agarplattor erhållas mycket karakteristiska kolonier, som lätt igenkännas med blotta ögat. Efter 24 till 48 timmar ser man i skålarna, vanligen i mycket stort antal, ganska små, ($\frac{1}{2}$ till $1\frac{1}{2}$ mm. i genomskärning) runda, ytliga, mycket tunna, mattgråa fläckar, i hvilkas midt man vid noggrann observation stundom iakttager en liten, hvitgrå punkt. Samma utseende bibehålla kolonierna under följande dagar och tillväxa endast mycket obetydligt. Jag har aldrig sett dem öfverskrida en storlek af 2 mm:s diameter.

Randen synes redan makroskopiskt något ojämn eller flikig.

Undersöker man vid låg förstoring, ter sig kolonien som en rund skifva med mer eller mindre flikad kant, mycket tunn och genomskinlig, särskildt mot periferien, under det centrum synes som en mörkbrun fläck, ett slags kärne. Färgen är i

genomfallande ljus svagt grågul. I koloniens massa synas en del grofva, mörka knottror, tätast gyttrade mot midten, ofta med en radierande anordning, hvarigenom kolonien får ett visst stråligt utseende.

De djupa kolonierna bilda ytterst små, hvita punkter utan karakteristiskt utseende.

Gör man streckkultur å sned agar, erhålles efter ett dygn en mattgrå, tunn beläggning, som vid närmare granskning visar sig bestå af kolonier med nyss beskrifna utseende, och dylika anträffas likaledes i kondensationsvattnet.

Vid odling på blodserum eller ascitesagar växer bacillen på ungefär enahanda sätt.

På gelatina utvecklar den sig ej vid rumvärme.

Buljong grumlas något, och en obetydlig bottensats bildas.

För kanincornea synes den icke vara patogen eller åtminstone i mycket ringa grad. (En enda gång uppstod ett litet infiltrat, från hvilket bacillen renodlades efter 6 dagar.)

Denna bakterie har tydligen ofta förut blifvit funnen i konjunktivalsäcken. I den vidlyftiga literaturen öfver den s. k. xerosbacillen, under hvilken benämning med all säkerhet döljas heterogena former, påträffar man beskrifningar, som rätt väl passa in på den samma.

WEEKS [1]) fann vid sina undersökningar öfver den akuta katarrala konjunktivitens bacill denna alltid blandad med en klubbformad bacill, hvilken, så vidt jag af beskrifningen kan döma, öfverensstämmer med den af mig funna.

MORAX, [2]) som vid sina studier af den akuta katarrala (kontagiösa) konjunktiviten i likhet med WEEKS fann två baciller, hvilka han anser identiska med dem, som WEEKS anträffat, lemnar på den »klubbformade» en beskrifning, som fullständigt passar in på den nu i fråga varande, och meddelar dessutom en afbildning, som väl återger några af de i det mikroskopiska preparatet iakttagna former, som jag sökt beskrifva. [3])

---

[1]) WEEKS: Der Bacillus des akuten Bindehautkatarrhs. Archiv für Augenheilkunde 1887, bd XVII, s. 318.

[2]) MORAX: Anf. st., s. 15 o. ff.

[3]) Anmärkningsvis må här påpekas, att den »akuta katarrala (kontagiösa) konjunktivitens bacill» ingalunda synes vara ett enhetligt begrepp. Fäster man sig endast vid morfologi och tinktionsförhållanden, så finner man t. ex., att WEEKS [4]) beskrifver den efter honom uppkallade bacillen som en rak staf utan antydan till delning, väl färgbar enligt GRAM. MORAX [5]) som utan reservation identi-

[4]) Anf. st.

[5]) Anf. st.

10) *Bacill κ.*

Denna bacill anträffades hos 3 patienter med normal bindehindehinna, hvarje gång i ett större antal kolonier.

I det mikroskopiska preparatet synas korta baciller med spetsigt aftrubbade ändar. Längden är varierande, omkring 1,1 till 2,3 μ; tjockleken likaledes varierande, omkring 0,5 μ. De längre bacillerna visa ofta en ljus zon på midten. I äldre kulturer ser man ett sönderfall i flere segment, af hvilka somliga visa en ansvällning till klumpiga degenerationsformer, ibland hvilka jag dock aldrig anträffat sådana stora klubbformiga bildningar som hos den närmast föregående bacillen.

Med GRAMs metod erhålles god färgning.

På agarplattor uppstå efter 48 timmar stora, (ända till 6 à 7 mm. i genomskärning) hvita, runda ytkolonier, till utseendet något påminnande om den vanliga, hvita stafylokocken, men med matt yta och mera gråhvit färg. På koloniens yta synas några med randen koncentriska fåror, och motsvarande dessa iakttages under mikroskopet en radierande strimning af karakteriskt utseende. Randen är något ojämn, innehållet fingranuleradt, färgen grågul i genomfallande ljus. De djupa kolonierna äro små, utan karakteristiskt utseende.

Vid streckympning å sned agar uppstår en frodig, hvitgrå koloni med vågig rand och något upphöjd midt, till en början med mattglänsande yta. Snart höjer sig emellertid midten till ett slags ås med torr, knottrig yta, af mättadt hvit färg, under det kanten bibehåller samma utseende som förut. Kulturen i sin helhet är spröd och sönderdelas med platinanålen lätt i stycken, som förskjutas på agarns yta.

Ett par försök att erhålla spridningskulturer å gelatinaplattor misslyckades.

---

fierar den af honom funna bacillen med den WEEKS'ska, anger, att denna affärgas enligt GRAM och för öfrigt, utan att vara delad, dock ofta visar en starkare färgning vid polerna. GELPKE [1]) åter fann en tydligt tudelad bacill, (»bacillus septatus») väl färbar med den GRAMska metoden.
Äfven i fråga om kulturförhållandena variera uppgifterna så betydligt, att det sannolikt är fråga om olika bacillspecies.
Själf har jag undersökt ett tjugutal akuta, katarrala konjunktiviter och därvid ofta funnit en bacill, som närmast öfverensstämmer med MORAX' beskrifning äfven däruti, att den raskt och fullständigt affärgas enligt GRAM.

[1]) GELPKE: Anf. st. GELPKE själf anser sannolikt, att den af honom funna bacillen ej är indentisk med den WEEKS'ska.

Däremot uppstod vid stickympning i gelatina en spikkultur af karakteristiskt utseende. Efter ett par veckor bildar kulturens hufvud en rund, matt hvit ytkoloni af 5 à 6 mm:s diameter. Denna visar dels några med randen koncentriska fåror, dels fina radiära veck, starkast utpreglade vid kanten, som därigenom synes fint krusad. Utefter insticket bildas en strimma af hvita knottror. Smältning af gelatinan inträder ej. Ännu efter en månad kan kulturen öfverympas i ett nytt gelatinarör.

Buljong grumlas inom 24 timmar.

Bacillen är icke patogen för kanincornea.

Bacillus $\varkappa$ öfverensstämmer i viss mon med den beskrifning, som LUSTGARTEN och MANNABERG [1]) lemna på en af dem i den normala mänskliga uretran funnen bacill, bacillus nodosus parvus, hvilken för öfrigt redan MARTHEN [2]) anger sig hafva funnit i konjunktivalsäcken. Dock vågar jag ej afgöra, om den är identisk därmed.

Utom de nu beskrifna har jag anträffat 2 andra baciller, dock endast en gång hvardera och i enstaka kolonier.

Slutligen är det mig en kär plikt att erkänna den stora tacksamhetsskuld, hvari jag står till min lärare, professor WIDMARK, för de värdefulla råd och den aldrig svikande välvilja, hvarmed han underlättat mitt arbete.

[1]) LUSTGARTEN und MANNABERG: Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis, 1887, s. 914.

[2]) MARTHEN: Anf. st., s. 101.

Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.

Et Tilfälde af Bezolds mastoiditis, helbredet efter erysipelas, samt Funktionsundersögelse.

Af

V. SAXTORPH STEIN.
Köbenhavn.

Ved Empyemer i antrum mastoideum kan Pusset bane sig Vej til forskellige Sider. Hyppigst bryder det igennem Knoglens Ydervåg og danner de bekendte dybe Abscesser under de her värende Integumenter. Själdnere söger det sig en Vej ind til cavum cranii, med alle de deraf fölgende livsfarlige Komplikationer. Endelig kan det bane sig Vej igennem Dehiscenser i Spidsen af processus mastoideus og give Anledning til dybtliggende Sänkninger på Halsen, eventuelt helt ned i thorax. I Deutsche med. Wochenschrift 1881, Nr 28, gav BEZOLD en indgående Fremstilling af Patogenesen og Symptomatologien af denne sidste Form. Den kaldes også nu almindelig for BEZOLDS mastoiditis, trods SCHWARTZES [1]) Protest og Henvisning til, at allerede KUH [2]) havde afbildet et sådant Tilfälde, samt til en Iagttagelse af BÖCKE. [3]) I disse Tilfälde drejede det sig imidlertid ikke om den af BEZOLD beskrevne Form af *akut* Mellemörebetändelse, men om caries med Udstödning af Sekvestre.

Publikationer af Tilfälde af BEZOLDS mastoiditis ere ikke meget talrige. LICHTWITZ [4]) har således, i en Meddelelse om

---

[1]) Handbuch der Ohrenheilkunde, Bd 2, S. 802. Anm. 1.
[2]) Klinische Beiträge. Breslau 1847.
[3]) Arch. f. Ohrenheilkunde, VI, 1872, S. 285.
[4]) Zeitschr. f. Ohrenheilkunde, Bd 30, 1ste Hefte.

et sådant Tilfälde, kun kunnet samle fire til fra Frankrig. Heraf vare endog de to tvivlsomme. I de tyske Tidskrifter ere de vel lidt talrigere; men desuagtet turde nye Tilfälde måske göre Regning på nogen Interesse på Grund af den praktiske Betydning, det har at kende den alvorlige Komplikation, som de omtalte Sänkninger kunne blive til en akut Mellemörebetändelse, og den deraf fölgende Vigtighed af en tidlig Diagnose og et rettidigt Indgreb. Efterfölgende Iagttagelse frembyder yderligere den Interesse, at Patienten så alle sine Tilfälde svinde under en erysipelas og således undgik Operation.

M. P., 58 År, Enke, konsulerede mig förste Gang d. 3 December 1896. Hun angav da, at hun efter en Halsbetändelse med Rödme og Svulst, for 7 Uger siden, havde fået stärke Smerter i *venstre* Öre, som 9 Dage senere begyndte at flyde. Dette Udflod havde vedvaret til nu, ligesom der stadig var Smerter og Hovedpine. Ved Undersögelsen fandtes Öregangen fuld af lugtfrit pus, efter hvis Fjärnelse Membranen sås injiceret og fremhvälvet uden synlige Detaljer, men med en lille Perforation nedad og fortil. Ingen Symptomer fra processus mastoideus's Side. Höjre Trommehinde var glanslös og let retraheret. Näseborene vare fissurerede og ekzematöse. Näseslimhinden en Del hyperämisk, hist og her belagt med ikke lugtende Skorper. Bageste Svälgväg var däkket af sejt, mukopurulent Sekret.

Ved Funktionsundersögelsen fandtes Hörevidden for Ordet »Abekat» på höjre Öre at väre over $4\frac{1}{2}$ Meter for Hviskestemme. På venstre Öre hörtes samme Ord kun i 33 Cm:s Afstand for Talestemme. Ved Undersögelse med BEZOLDs kontinuerlige Toneräkke [1]) fandtes Gränsetonerne at väre [2]): $\frac{H_2}{Ais_1}$ nedad, og $\frac{0,7}{3,7}$ opad (normalt 0,3).

WEBER for A og a_1 af samme Stemmegaffelsät lateraliseredes til venstre. Benledningen var forlänget.

RINNE for samme to Toner var $\div 8$. Des värre fik jeg den ikke bestemt for höjre Öre.

Som curiosum kan anföres, at GELLÉs Forsög (med *e* af samme Stemmegaffelsät) for bägge Örer viste samme Forhold som ved den rene Mellemöresklerose, idet det nemlig var positivt for Luftledningens og negativt for Benledningens Vedkommende.

Trods den sädvanlige Behandling (Dilatation af Perforationen, antiseptica, Sängeleje o. s. v.) begyndte Patienten at klage over Smerter og Ömhed bag Öret, hvor der i övrigt intet abnormt var at se eller föle. Ömheden begränsedes efterhånden til Spidsen af proc. mastoideus, og, efter at Patienten, som den Gang afviste Forslaget om Operation, i

---

1) Udgået i September 1896 fra Prof. EDELMANNs Institut i München.

2) Hvad der står over Stregen, gälder for höjre Öre, hvad der står under, for venstre.

nogen Tid var udebleven, fandtes den 19 Januar 1897 en hård Intumescens bag og under venstre musculus sternocleidomastoideus, medens Udsiden af proc. mastoideus syntes fri. Da den protraherede Mellemörebetändelse her viste sig at väre kompliceret med en så alvorlig Lidelse, som den Bezold'ske Form af mastoiditis er, blev Patienten indlagt på Hospitalet.

Af Hospitalsjournalen fremhåves fölgende:

Patienten har haft to Gange febr. rheumatica, tre Gange Lungebetändelse. For sex År siden Nyrebetändelse. For tre Måneder siden Halsbetändelse med Rödme og Svulst. Hun lå i tre Dage, stod så op, men Dagen efter kom der stärke Smerter i venstre Öre, hun blev febril og måtte ligge. 11 Dage senere märkede hun et »Knäk» i Öret, hvorefter Udflod og Bedring. Siden da stadig purulent Udflod og hyppig Hovedpine i Baghovedet, men kun ringe Smerte i Öret. For 14 Dage siden begyndte Smerte og Ömhed på venstre Side af Halsen. Hovedklagen er nu Smerte og Ömhed på venstre Side af Halsen, svarende til överste Del af sternocleidomastoideus, samt Smerter i venstre Side af Baghovedet. Hun er meget mat og trät, har febrilia og dårlig Appetit.

Meget rigelig purulent, lidt lugtende Udflod af venstre Öre. Ingen Ömhed af proc. mastoideus, og Huden her naturlig. På Halsens venstre Side ses en Intumescens, der sträkker sig langs Forlöbet af överste Halvdel af musculus sternocleidomastoideus. Huden er foldelig, ikke videre röd, men lidt hed. Man föler Musklen spände sig overfladisk for Intumescensen. Hun er en Del öm, särlig på et begränset Parti ved bageste Rand af m. sternocleidomastoideus omtrent svarende til Overgangen mellem dens överste og mellemste Tredjedel; den prominerer ikke särlig noget Sted, er blöd og fluktuerende. Drejninger af Hovedet foretages kun med Besvär. Efter Udskylning af Öregangen ses Membranen röd og fortykket, man ser intet til Hammerskaftet eller Reflexen. I fauces ses intet abnormt. Ved Stetoskopien er Perkussionstonen mat i venstre infraspinata og infrascapularis, og der höres her bronkial Respiration og en Del fugtige Rallelyd. Hjärtelydene ere rene. Den övrige Undersögelse frembyder intet särligt abnormt.

$^{22}/_{1}$ $\frac{38,4}{37,3}$. En Del Udflod fra v. Öre. I överste Del af venstre regio lateralis colli föles i Dag kun en knudet (?) og fast Udfyldning uden Fluktuation. Urinen indeholder Albumin.

$^{23}/_{1}$ $\frac{37,8}{37,2}$. Rigelig Pusudflod. Färre Smerter i Halsen.

$^{24}/_{1}$ $\frac{39,2}{38,1}$. I Går Klager over Smerter rundt om i Ansigtet, hen mod Aften lokaliserende sig til Näsen, hvor der tillige kom Hede og Rödme, som synes at brede sig fra venstre Näsebor. I Aftes var kun nederste Halvdel af Näsen angreben. I Dag har Rödmen strakt sig over det meste af Näsen og lidt ud på venstre Kind. Det tilsvarende Parti er noget svullent, ömt, men ikke skarpt begränset.

Udfloddet fra venstre Öre synes mindre.

Hun har haft Sår i Näsen fra för Indläggelsen, har jävnlig pillet sig.

$^{25}/_1$ $\frac{39,6}{39,2}$. Ingen stärkere Öresmerter. Hun var i Går en Del pint af Smerter om Näsen og venstre Kind. Hun havde i Aftes en Kulderystelse. Hun har svedt. Rödmen har bredt sig henimod Öret. I Dag er der kun ringe Pusudflod fra Öret. Ingen Ömhed, men endnu lidt Infiltration bag m. sternocleidomastoideus's överste Parti.

$^{26}/_1$ $\frac{40,4}{38,4}$. Rödmen, som indtager hele venstre Kind, har nu bredt sig lidt op på Panden og höjre palpebra sup. samt overskredet margo mandibularis, men standsede ved sulc. nasolabialis og mentolabialis.

$^{27}/_1$ $\frac{41,3}{38,9}$. Dösede en Del; Rödmen har strakt sig ned langs Halsen.

$^{28}/_1$ $\frac{40,5}{37,7}$. Noget Ödem af Huden. Processen er ikke gået videre.

$^{29}/_1$ $\frac{37,9}{39,2}$. I Dag Rödme og små bullæ på höjre auricula.

$^{30}/_1$ $\frac{37,9}{36,2}$. Har haft det bedre. Har spist bedre.

$^{31}/_1$ $\frac{36,6}{36,2}$. $^{1}/_2$ $\frac{36,8}{36,5}$. $^{2}/_2$ $\frac{36,9}{36,6}$. $^{3}/_2$ $\frac{37,1}{36,9}$. Skallende.

$^{4}/_2$ $\frac{37,2}{36,8}$. Stärk Afskalning på hele det afficerede Parti.

$^{5}/_2$ $\frac{37,1}{37}$. $^{6}/_2$ $\frac{37,2}{36,8}$. Afskalning i Aftagende. Ingen Smerter i Öret og intet Udflod.

Senere kun noteret afebrile Temperaturer.

Udskreven den $^{16}/_2$.

Den 5te April havde jeg atter Lejlighed til at undersöge Patienten og fandt da fölgende:

Höjre Trommehinde lidt mindre glansfuld end normalt, let injiceret langs Hammerskaftet, lidt retraheret. Trekantede Reflex lige antydet, de övrige Reflexer mangle. Venstre Trommehinde af mat, grålig Farve uden Injektion, med tre små Kalkinfiltrater nedenfor og foran manubrium. Stillingen var näppe retraheret. Bägge Trommehinder vare let bevägelige ved SIEGLEs Tragt. Venstre processus mastoideus og tilsvarende Side af Halsen fremböd intet abnormt.

Funktionsundersögelsen gav: Hviskestemme $\frac{450}{350}$ Cm. (Abekat), nederste Gränse $\frac{E_2}{D_2}$, överste Gränse $\frac{0,5}{0,4}$, WEBER for A og a_1 gik til höjre. Benledningen lidt mindre forlänget end för. RINNE $\frac{-6}{\pm 0}$ (A) og $\frac{+9}{+13}$ (a_1), bägge Gafler höres fra venstre proc. mastoideus over på

höjre Side. GELLÉs Forsög var positivt på bägge Örer både for Luft- og for Benledningens Vedkommende.

Epikrise.

Ovenstående Tilfälde mangler jo Stadfästelsen ved Operation, men frembyder i övrigt Kendetegnene på BEZOLDs mastoiditis: Hos et äldre Individ opstår i Forlöbet af en akut otitis media, som er trukken i Langdrag, en dybtliggende Intumescens bagved og navnlig under processus mastoideus. Dennes Ydervåg er fri, og den er kun öm ved Spidsen. Svulsten er fast, ikke fluktuerende, og ligger under musculus sternocleidomastoideus.

Her kan vel kun våre Tale om Forvexling med en Flegmone, opstået ved Abscedering af nogle dybtliggende Glandler, eller om et svullent Glandelkonglomerat.

Hvad den sidste Hypotese angår, så udtaler Hospitalsjournalen jo selv en vis Tvivl med Hensyn til Svulstens knuddrede Natur; og hvad angår den förste, så anförer KR. POULSEN ganske vist et sådant Tilfälde i sit Arbejde[1]) over Abscesserne på Halsen; samme Sted findes i övrigt også flere Tilfälde af Halsabscesser, som utvungent kunne forklares som opståede ved BEZOLDske Mastoiditer. Det forekommer mig imidlertid, at alle de foreliggende facta göre Diagnosen: BEZOLDs mastoiditis mest plavsibel.

Den hurtig efter Indläggelsen opträdende erysipelas forböd selvfölgelig alle operative Indgreb, og da den var forlöben, var den hårdnakkede Otorroe standset, Infiltrationen på Halsen var sporlöst forsvunden, og Patienten kunde udskrives som helbredet uden Operation.

I Almindelighed er ved BEZOLDs mastoiditis et operativt Indgreb indiceret, og man bör ikke indskränke sig til kun at åbne Abscessen på Halsen; men man må også angribe dens Arnested ved at opmejsle processus mastoideus, selv om dens Yderflade synes sund; eventuelt kan det blive nödvendigt at fjärne dens Spids efter Aflösning af Muskelinsertionerne. Som det af LICHTWITZ anförte Tilfälde viser, behöver man ikke at frygte nogen deraf fölgende Bevägelsesforstyrrelse af Hovedet.

---

[1]) Nord. med. Arkiv 1893.

Hvad Funktionsundersögelserne angår, så frembyder de flere interessante Punkter. Ved den förste Undersögelse tydede alle Pröver hen på en udtalt Lidelse af Lydledningsapparatet på venstre Side: nederste Grænse rykket i Vejret, WEBER lateraliseret til det syge, venstre Öre, RINNE negativ, medens GELLÉs Forsög viste at Lidelsen navnlig udövede sin fixerende Virkning på de dybere Dele af Höreknoglernes Kæde, uden væsentlig at influere på Membranens Bevægelighed. Den stærke Indskrænkning af Toneskalaens överste Område antydede tillige en Medliden af Labyrinten, der dog ikke var stærkt nok udtalt til at göre RINNE positiv. Höjre Side var dog heller ikke ganske sund, men fremböd Tegn på en mindre stærkt udtalt Lydledningssygdom. At GELLÉs Forsög på denne Side gav samme Resultat for Benledningens Vedkommende som på den mest lidende Side, kan måske forklares deraf, at Lateraliseringen af Stemmegaffeltonen fra Issen var så stærkt udtalt, at den ikke forandredes ved den mindre stærke Fixation af Lydledningsapparatet, jeg formåede at frembringe på det relativt sunde Öre ved Kompression af Luften i dets Öregang.

Ved den sidste Undersögelse var Hörevidden for Hviskestemmen næsten stegen til samme Höjde som på höjre Öre. Nederste Grænse var næsten normal; ligeså överste Grænse, der endog var höjere end på det andet Öre. Men også på dette Öre havde Grænsetonerne nærmet sig mere til Normen, hvilket måske kunde tyde på, at den tidligere stærkt udtalte Nedsættelse af Funktionen på venstre Side ikke havde været uden Indflydelse på det den Gang relativt sunde höjre Öre. At dette Öre nu måtte betragtes som det mest syge, viste yderligere Lateraliseringen af WEBER til höjre og Resultatet af RINNEs Forsög, der var negativt for den dybe og forkortet positivt for den höje Stemmegaffel, medens det for venstre Öre var avanceret fra ÷ 8 til 0 for den dybe, og fra ÷ 8 til + 13 for den höje. Som alt anfört blev de to Stemmegafler fra venstre processus mastoideus hörte over på höjre Side, til Trods for, at jeg, fölgende POLITZERs Forslag, holdt Stemmegaflens Stilk parallelt med Axen af processus mastoideus. Havde denne Overhöring ikke fundet Sted, vilde Tiderne for venstre Öre utvivlsomt have opvist et endnu större Plus for Luftledningens Vedkommende.

Alle Tiderne bleve bestemte med et såkaldet Væddelöbsur, og hver er Middeltallet af mindst tre Målinger. Det ikke

undersögte Öre blev ved Undersögelsen med Hviske- og Talestemme samt Gränsebestemmelserne omhyggelig tillukket. GELLÉs Forsög viste på bägge Sider normale Forhold, så at den på höjre Öre bestående Fixation af Lydledningsapparatet kan antages endnu ikke at väre videre stärkt fremskreden.

Inden jeg slutter, skylder jeg endnu at udtale en Tak til Hr. Professor, Dr. med. O. BLOCH for den elskvärdige Imödekommenhed, hvormed han stillede pågäldende Journal til min Rådighed.

Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1897. N:r 20.

Klinische Studien über die Zahl der Weissne Zellen im menschlichen Blute.

Von

D:r E. G. M. BRUHN-FÅHRÆUS.

(Aus dem medicinischen Laboratorium des k. Seraphimlazareths.)

(Forts. v. N:r 15.)

X. Perityphlitis.

Das Verhalten der Leukocytose bei der Perityphlitis scheint bisher nur wenig beachtet worden zu sein. KOBLANCK und SADLER haben wohl jeder in einem Falle dieser Krankheit Zählungen der weissen Blutkörperchen ausgeführt, im Uebrigen habe ich aber in der Litteratur keine Mittheilungen über Leukocytenbestimmungen bei Perityphlitis von anderen Forschern als CABOT finden können, der in 24 Fällen dieses Leidens Untersuchungen über das Vorkommen von Leukocytose angestellt hat. Die Ergebnisse, die er erhalten hat, zeigen, dass eine solche Bestimmung der Anzahl der Leukocyten nicht nur für die Diagnose, sondern auch für die Prognose von Werth sein kann.[1])

Noch ehe ich von CABOT's Untersuchungen etwas wusste, hatte ich in mehreren Fällen von Perityphlitis die im Verlaufe der Krankheit in der Anzahl der Leukocyten vorkommenden Wechselungen untersucht. Leider umfassen meine Untersuchungen nur 13 Fälle; da diese Fälle aber ziemlich genau beobachtet worden sind, darf ich meiner Zusammenstellung einen

[1]) Erst neulich ist eine neue Arbeit von CABOT (A guide to the clinical examination of the blood for diagnostic purposes, London, New York and Bombay, 1897) erschienen, in welcher der Autor nicht weniger als 72 Fälle von Perityphlitis anführt, in denen er Leukocytenbestimmungen gemacht hat

gewissen Werth für die Beurtheilung der Frage von der Bedeutung der Leukocytose bei der Perityphlitis beimessen.

Die Tabelle, welche die Ergebnisse meiner Untersuchungen veranschaulicht, zeigt, dass in allen den von mir untersuchten Fällen von Perityphlitis eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen stattfand. Oft dauerte die Leukocytose einen oder mehrere Tage länger an, als das Fieber. In zwei Fällen war gleichwohl das Verhältniss entgegengesetzt (Fall 11 u. 12). Die höchste Zahl, welche die weissen Blutkörperchen erreichten, war 31,300. Es muss jedoch hervorgehoben werden, dass dieser Fall, ausser mit Tuberculosis und Bronchitis, mit sekundären Abscessbildungen verschiedener Art komplicirt war, so dass er als eine allgemeine, von einer primären Appendicitis ausgehende Sepsis zu bezeichnen ist. Im allgemeinen wurden bei den Zählungen keine so besonders hohen Werthe erhalten. Werthe von 20,000 und darüber sind ziemlich selten; die meisten bewegen sich zwischen den Grenzen von 9,000 und 15,000. Ein deutlich ausgesprochener Parallelismus zwischen der Fieber- und der Leukocytencurve konnte beinahe nie konstatirt werden; nur in einem Fall (N:o 8) lässt sich eine Andeutung davon spüren. Auch konnte ich ebenso wenig wie Cabot einen Parallelismus zwischen der Grösse des Exsudates und dem Grade der Leukocytose finden.

Die Leukocytencurve zeigt übrigens einen ziemlich unregelmässigen Verlauf; schnelle Erhöhungen und Senkungen, sogar bis auf das normale Niveau, kommen vor, ohne dass ihnen von deutlichen Fluktuationen der übrigen Symptome entsprochen wird.

Cabot hat darauf hingewiesen, dass die Konstatirung einer Leukocytose, wenn es gilt, eine Differentialdiagnose zwischen einer suppurativen Perityphlitis und einem katarrhalischen Process im Appendix (Appendicitis catarrhalis) zu stellen, von Bedeutung sein kann. In verschiedenen Fällen der letzgenannten Affection fand er keine Leukocytose.

Selbst bin ich nicht in der Lage gewesen, einen Fall zu untersuchen, wo die Diagnose Appendicitis catarrhalis bei vorgenommener Operation bestätigt werden konnte. Klinisch zwischen einer catarrhalischen Appendicitis mit Symptomen von einer sekundären, nicht eiterigen Peritonitis und einer wirklichen suppurativen Appendicitis zu unterscheiden, dürfte das eine und das andere Mal auf nicht geringe Schwierigkeiten stossen.

Ich habe mich deshalb auch nicht darauf einlassen wollen, bei der Zusammenstellung meiner Fälle einen solchen Unterschied durchzuführen. Es erscheint mir indessen als sehr wahrscheinlich, dass von den Fällen, die ich in meine Tabelle aufgenommen habe, der eine und der andere zu der katarrhalischen Appendicitis zu zählen ist. Ich glaube deshalb, dass CABOT's Angabe einer Einschränkung bedarf. Dass einfache katarrhalische Processe im Appendix ohne peritoneale Exsudatbildung keine Vermehrung der weissen Blutkörperchen hervorrufen, ist wohl anzunehmen; es dürften auch solche Fälle sein, die CABOT zu beobachten Gelegenheit gehabt hat. Hat indessen das Leiden im Processus vermiformis Veränderungen in der umgebenden Partie des Peritoneums verursacht, ohne dass man gleichwohl von einem purulenten oder seropurulenten Exsudat sprechen kann, so ist es leicht möglich, dass sich hier eine Leukocytose findet. Nach SONNENBURG sind serofibrinöse Exsudate bei der einfachen katarrhalischen Appendicitis sehr gewöhnlich. Die Resistenz, die bei diesen Affectionen oft palpirt werden kann, beruht nach der Ansicht dieses Forschers sehr oft auf dem Vorkommen eines solchen serofibrinösen Exsudates. Wenn nun serofibrinöse pleuritische Exsudate zuweilen mit einer Leukocytose vereinigt sein können, so liegt ja die Annahme nahe, dass auch serofibrinöse peritonitische Exsudate dieselbe Veränderung des Blutes zu verursachen vermögen.[1])

Ich für meinen Theil würde geneigt sein, in Anbetracht der Bedeutung der Leukocytose bei Perityphlitis folgende zwei Sätze aufzustellen:

1) das Vorhandensein einer Leukocytose bei einer Perityphlitis spricht nicht mit absoluter Sicherheit für die eiterige Beschaffenheit des Processes, da eine serofibrinöse Peritonitis ebenfalls im Stande sein dürfte eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen zu verursachen.

2) Das Fehlen einer Leukocytose dürfte in den meisten Fällen angeben, dass kein eiteriger Process vorliegt.

In Betreff des letzten Punktes darf man indessen nicht vergessen, dass ebensowohl wie Fälle von Pneumonie vorkommen, in denen sich keine Leukocytose findet und die in Folge der Heftigkeit der Infection oder des herabgesetzten Reactions-

---

[1]) In seiner letzthin erschienenen Arbeit erwähnt CABOT einen Fall von Appendicitis mit serösem Exsudat und Leukocytose.

vermögens des Organismus meistens einen schlimmen Ausgang nehmen, sich auch Fälle von suppurativer Perityphlitis mit letalem Verlaufe finden, welche der Leucocytose ermangeln (Cabot).[1])

Cabot nimmt auch an, dass eine Zählung der weissen Blutkörperchen für die Unterscheidung zwischen einen unkomplicirten Koprostase mit perityphlitisähnlichen Symptomen und einer wirklichen Appendicitis von Werth sein kann. Finde man in einem Falle, wo die Diagnose zwischen den hier genannten Leiden schwankt, keine Leukocytose, so brauche man kein Bedenken zu tragen, die Därme durch Abführmittel zu leeren. Er führt ein paar Fälle an, wo die localen Symptome ziemlich stark für die Diagnose Perityphlitis sprachen, wo aber keine Leukocytose vorhanden war. Nach reichlichen Abführungen war der ganze Symptomcomplex innerhalb 48 Stunden verschwunden.

Eine einfache Koprostase würde also keine Leukocytose verursachen. In einem Fall von habitueller Obstipation, wo der Patient nur einmal in der Woche eine Abführung hatte, erhielt ich Gelegenheit, ein paar Mal am Ende solcher Perioden von Verstopfung das Blut zu untersuchen, in welchem die Anzahl der weissen Blutkörperchen beide Male normal war. Dagegen zeigte ein Fall, der mit Ileussymptomen verlief, aber einen glücklichen Ausgang nahm, eine deutliche Leukocytose.

Seit Alters ist es ja bekannt, dass gewisse hysterische Zustände einer Peritonitis zum Verwechseln ähnlich sein können. In der letzten Zeit haben einige französische Forscher, Rendu und Talamon (la Semaine médicale, 24. und 31. März 1897), darauf hingewiesen, welche Schwierigkeiten die Diagnose einer Appendicitis bei Hysterie darbieten kann. Ich glaube, dass bei der Unterscheidung einer sogenannten hysterischen Pseudoappendicitis (pseudo-appendicite hystérique, Talamon) von einer wirklichen suppurativen Appendicitis eine Zählung der weissen Blutkörperchen den Ausschlag geben kann. In dem ersten Fall können wir ja erwarten, dass ihre Anzahl normal ist.

Ein hysterischer Zustand kann auch im Stande sein, die Symptome einer einfachen katarrhalischen Appendicitis zu ver-

---

[1]) Wie derselbe Forscher hervorhebt, dürfte ein alter abgekapselter Abscess ebenfalls keine Leukocytose hervorrufen können.

mehren und zu vergrössern. Zu einem solchen Leiden kann ein hysterischer Peritonismus stossen, der möglicherweise zu der Diagnose: perforirende Appendicitis und allgemeine Peritonitis Anlass geben kann. Auch in solchen Fällen dürfte eine Untersuchung der Anzahl der weissen Blutkörperchen bei der Stellung der Diagnose von Werth sein können, da, wie erwähnt ist, die katarrhalischen Appendiciten (sofern sie nicht mit peritonitischen Processen verbunden sind) ohne Leukocytose zu verlaufen scheinen.

Für die Differentialdiagnose zwischen Perityphlitis und nicht komplicirten Fällen von Gallensteinkolik, Abdominaltyphus mit bedeutender Empfindlichkeit über der Ileocoecalgegend und Wanderniere dürfte, da die genannten Leiden mit keiner Vermehrung der weissen Blutkörperchen verbunden sind, das Verhalten der Leukocytose, wie Cabot angiebt, ebenfalls von Bedeutung sein. Dagegen kann man bei der Unterscheidung zwischen Perityphlitis und Salpingitis oder Pelveoperitonitis von einer Leukocytenbestimmung keinen Nutzen haben. In mehreren solchen Fällen, wo ich Gelegenheit gehabt habe, wiederholte Untersuchungen anzustellen, fand ich hinsichtlich der weissen Blutkörperchen ungefähr dieselben Verhältnisse wie bei der Perityphlitis.

Dass das Verhalten der Leukocytose auch für die Behandlung von einer gewissen Bedeutung sein dürfte, muss ich zugestehen. Ich habe bereits darauf hingewiesen, dass die Leukocytose oft erst einen oder mehrere Tage nach dem Sinken der Temperatur auf ihr normales Niveau aufhört. Das Vorkommen einer Leukocytose muss stets zur Vorsicht bei der Behandlung mahnen. Einem Patienten, bei dem sich dieses Zeichen findet, darf es z. B. nicht erlaubt werden, das Bett zu verlassen. So lange sich eine abnorme Vermehrung der weissen Blutkörperchen findet, dürfte der inflammatorische Process nicht als beendigt anzusehen sein, und dem so lange ist man nicht sicher, dass nicht wieder eine Steigerung der Temperatur und eine Exacerbation der Symptome eintreten kann.

In sechs Fällen wurden wiederholte Untersuchungen von gefärbten Trockenpräparaten ausgeführt. Die Fälle 6, 7, 9 und 11 zeigten eine procentische Vermehrung der polynucleären Zellen während des Leukocytosenstadiums. In den übrigen beiden Fällen (1 und 5) wurden für die mononucleären Zellen

Tabelle

Peri-

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheits-tag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocyten-zahl im Kbmm.	Bluttrocken-präparate.	
							Mono-nucl.	Eosin.
1	Carl S., 32 J., Steinmetz.	16. XI. 95	3		Nur Milch.	17100	—	—
		17. XI. »	4	11,20 Uhr Vorm.		19600	36,22 %	$^{20}/_{358}$
		18. XI. »	5	2 » Nachm.		13900	19,88 %	$^{5}/_{327}$
		19. XI. »	6	2 » »		13100	—	—
		20. XI. »	7	1 » »		18100	20,10 %	$^{4}/_{304}$
		21. XI. »	8	10,30 » Vorm.		24100	15,75 %	$^{2}/_{328}$
		22. XI. »	9	1,20 » Nachm.		14300	17,84 %	$^{3}/_{330}$
		23. XI. »	10	2 » »		10800	—	—
		24. XI. »	11	12,30 » »		11900	27,03 %	$^{6}/_{340}$
		25. XI. »	12	1 » »	Bekommt auch Eier.	14000	—	—
		27. XI. »	14	2,15 » »	1 Zwieback.	17200	—	—
		29. XI. »	16	2 » »	Auch Fleisch.	12600	—	—
		1. XII. »	19	1 » »		8200	29,66 %	$^{7}/_{359}$
		3. XII. »	21	1,30 » »		9000	—	—
		5. XII. »	23	1,15 » »		11000	—	—
		7. XII. »	25	1 » »		11600	31,94 %	$^{16}/_{373}$
		9. XII. »	27	1 » »		12100	—	—
		12. XII. »	30	1 » »		8800	—	—
		15. XII. »	33	2 » »		9300	—	—
		18. XII. »	36	1 » »		9900	20,9 %	$^{9}/_{335}$
2	Clas Johan N., 31 J., Kutscher.	13. XII. »	11		Nur Milch.	17300	—	—
		15. XII. »	13	12,30 » »		6500	—	—
		17. XII. »	15	12 » Mittags		8500	—	—
		19. XII. »	17	1 » Nachm.		13100	—	—
		20. XII. »	18	1,15 » »	Milch u. Eier.	14200	—	—
		21. XII. »	19	2,30 » »		7000	—	—
		23. XII. »	21	1,15 » »		6300	—	—
		27. XII. »	25	2,30 » »	Fleisch.	8200	—	—

XIV.

:yphlitis.

Temperatur. Morgens.	Temperatur. Abends.	Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
37,4	38,1	Am 14. XI. gelinde Schmerzen in d. Fossa il. dx. Am 15. XI. wurden diese Schmerzen sehr heftig. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus — 15. XI. — der Leib etwas aufgetrieben, druckempfindlich. Schmerzen und Druckempfindlichkeit in der unteren Hälfte des Bauches. 18. XI. bei Percussion über dem untersten Theil d. F. il. dx. dumpfen Schall. Keine Resistenz. Meteorismus.	Perityphlitis.
37,2	37,9		
37,6	38		
37,8	38,6		
37,8	39,1		
38,1	38,9	Am 21. XI. in d. Fossa il. dx. eine diffuse Resistenz fühlbar.	
38,7	38,7	Die erwähnte Resistenz deutlicher. Zweimal spontane Abführung.	
37,5	38	Druckempf. vermindert; Schmerzen verschwunden. Die Resistenz vermindert, undeutlicher.	
37	37.5		
36.5	37,1		
36,5	37,2	Am 28. Stuhlentleerung.	
36,5	37,1	Keine Resistenz fühlbar. Geringe Druckempfindlichkeit.	
36,9	37,5		
36,9	37,4	Keine Druckempfindlichkeit.	
36,9	37,7	Bekommt heute Kleider.	
37	37,8	Spontane Stuhlentleerung.	
37,3	37,8	Geringe Druckempfindlichkeit in der Fossa il. dx. Bettlägerig.	
37	37,6		
37,2	37,6		
37	37,6	Am 21. XII. wird der Pat. frei von Symptomen entlassen. *Ord.* Eisblase; Mo; Tinct. theb.	
—	38,8	Seit 2. XII. Diarrhoe. Am 7. XII. der Leib im ganzen aufgetrieben, schmerzhaft. Am 11. XII. Schmerzen in der Fossa il. dx.	Perityphlitis.
38,8	37,9		
37,1	37,3	In der r. Fossa il. eine etwa eigrosse, druckempfindliche Resistenz.	
37,2	37,4	Die Resistenz nur wallnussgross.	
37,3	37,4	Die drei letzten Tage Stuhlentleerung täglich.	
37	37,1		
36,6	37,1		
36,7	36,9	Heute das Bett verlassen.	

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.	Bluttrockenpräparate. Mono-nucl.	Eosin
2	Clas Johan N., 31 J., Kutscher.	29. XII. 95	27	1 Uhr Nachm.		8900	—	—
		3. I. 96	32	1 » »		6900	—	—
3	Erik E., 30 J., Eisenarbeiter.	26. XII. 95	6	1 » »	Nur Milch.	10500	—	—
		27. XII. »	7	11 » Vorm.		20200	—	—
		30. XII. »	10	11 » »		16500	—	—
		1. I. 96	12	1 » Nachm.		19200	—	—
		2. I. »	13	1,45 » »		16000	—	—
		3. I. »	14	12 » Mittags		16800	—	—
		4. I. »	15	2 » Nachm.	Milch u. Eier.	17200	—	—
		5. I. »	16	12,45 » »		11700	—	—
		6. I. »	17	1,15 » »		6600	—	—
		7. I. »	18	2 » »	Bouill., Zwieb.	7200	—	—
		9. I. »	20	9,30 » Vorm.	Fleisch.	6400	—	—
4	Wilhelmina L., 32 J., Frau.	3. I. »	4	1,30 » Nachm.		10800	—	—
		4. I. »	5	3 » »		15000	—	—
		5. I. »	6	2 » »		14900	—	—
		7. I. »	8	12,15 » »		25000	—	—
		9. I. »	10	8 » »	Eier, Wein u. Bouillion.	27800	—	—
		11. I. »	12	2 » »		31300	—	—
		13. I. »	14	1 » »		22800	—	—
		15. I. »	16	2 » »		16500	—	—
		17. I. »	18	2 » »		11700	—	—
		20. I. »	21	1 » »		16200	—	—
		22. I. »	23	1 » »		12200	—	—
		23. I. »	24	12,30 » »		12200	—	—
		24. I. »	25	1 » »		9100	—	—
		27. I. »	28	3 » »		10400	—	—
		30. I. »	31	1 » »		12100	—	—
		1. II. »	33	1,45 » »		11300	—	—

Temperatur. Morgens.	Temperatur. Abends.	Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
36,8	36,9	Am 14. I. 96. in der Ileocoecalgegend eine harte, mandelgrosse, unempfindliche Resistenz palpabel. Wird heute aus dem Krankenhause entlassen. *Ord.* Eisblase; Mo; Tinct. theb.	Perityphlitis.
36,6	37,1		
36,8	38,2	Im Jahre 1892 wahrscheinlich mehrmals leichte Anfälle von Perityphlitis. Am 20. Dez. 1895 plötzlich heftige Schmerzen im Epigastrium, Schüttelfrost, Diarrhoe und Erbrechen. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus — 25. XII. 95 — eine Resistenz in der Ileocoecalgegend palpabel. Am 26. u. 28. Stuhlentleerung.	
37,6	38,3		
37,2	37,9		
36,5	37,7		
37,6	37,9	Stuhlentleerungen täglich.	
38,2	38,8		
37,7	38,5		
37,3	36,8	Heute keine Resistenz fühlbar. Die Ileocoecalgegend nicht druckempfindlich.	
36,6	36,6		
36,7	36,8		
36,4	37	Am 23. I. wird der Pat. gesund aus dem Krankenhause entlassen. *Ord.* Eisblase; Tinct. theb.	
38,5	38,5	Seit Nov. 1895 Verstopfung und zuweilen dumpfe Schmerzen in d. rechten Fossa il. Am 30. Dez. 1895 heftige Schmerzen in d. r. Foss. il. *Stat. praes. d. 3. I.:* Geringe Somnolenz. Dyspnoe. Der Leib im ganzen aufgetrieben, sehr druckempfindlich. Bei Percussion gedämpfter tympan. Schall lateral von einer vom Tub. pub. zur Spitze d. r. 11. Rippe gezogenen Linie. In derselb. Gegend deutliche Resistenz. Vom $^5/_1$—$^7/_1$ Diarrhoe. Vom $^3/_1$—$^6/_1$ mehrmals täglich Campherinjectionen. 8. I. Druckempfindlichkeit vermindert.	Perityphlitis suppurativa + Tuberculosis pulmon. + Bronchitis.
39	39,6		
39	39		
38	38,9		
38	38,8	Resistenz unverändert.	
37,9	37,6		
38	38		
38,4	37,6	Leib in hohem Grade aufgetrieben, äusserst druckempfindlich	
38,4	37,9	Heute besser. Druckempf. bedeutend vermindert.	
38,3	38,2		
37,9	38,7	Hustet. Uebelriechender Auswurf. Zustand verschlimmert.	
38,8	39,4	Viermals Campherinjectionen.	
37,6	37,3	Zustand verbessert. Die Resistenz bedeutend vermindert. Druckempf. verschwunden.	
38,1	38,6	Vom 25.—29. I. Uebelriech. Auswurf. Resistenz unverändert.	
37,6	39,1	Bronchiales Athmen über den unteren-hinteren Theilen beider Lungen.	
37,8	38,7		

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.	Bluttrockenpräparate.	
							Mononuel.	Eosin.
4	Wilhelmina L., 32 J., Frau.	6. II. 96	38	2 Uhr Nachm.		9000	—	—
		10. II. »	42	11,15 » Vorm.		14200	—	—
		14. II. »	46	1 » Nachm.		19300	—	—
5	Isabella N., 34 J., Wittwe.	5. I. »	4	10 » Vorm.	Nur Milch.	13200	7,62 %	—
		6. I. »	5	12 » Mittags		11900	—	—
		7. I. »	6	10,30 » Vorm.		9600	—	—
		8. I. »	7	11 » »		11200	—	—
		9. I. »	8	11 » »		9600	16,69 %	2/332
		10. I. »	9	12 » Mittags		15700	20,10 %	11/398
		11. I. »	10	1 » Nachm.		19800	18,25 %	5/367
		12. I. »	11	2 » »		17800	—	—
		13. I. »	12	12 » »		17200	—	—
		15. I. »	14	1 » »		16800	21,74 %	7/482
		17. I. »	16	2 » »		26100	15,28 %	6/497
		19. I. »	18	12 » Mittags	Hafersuppe.	13300	24,96 %	3/377
		21. I. »	20	1 » Nachm.	Boullion.	9300	—	—
		23. I. »	22	1 » »	Eier.	8900	—	—
		25. I. »	24	1,15 » »		9000	35 %	6/362
		27. I. »	26	12,15 » »		12600	—	—
		30. I. »	29	12,45 » »		11400	—	—
		1. II. »	31	1,45 » »		12400	—	—
		6. II. »	36	1 » »		8900	—	—
		8. II. »	38	2 » »		8000	31,87 %	9/329
		13. II. »	43	1 » »		14800	20,16 %	10/666
		16. II. »	46	1 » »	Gemischte Kost.	10000	—	—
		18. II. »	48	1 » »		13600	—	—
		22. II. »	52	1 » »		11500	—	—
		25. II. »	55	1,30 » »		10200	—	—
		28. II. »	58	12,30 » »		12600	18,83 %	3/447
		3. III. »	61	1 » »		11300	—	—
		6. III. »	64	12,30 » »		10300	—	—
		10. III. »	68	12,30 » »		15100	26,44 %	9/439

Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Morgens.	Abends.		
38,4	38,2	Bronchiales Athmen über der ganzen rechten Lunge hörbar. Täglich Stuhlentleerung. *Ord.* Campher, Mo, Tinct. theb. Bi. 0,5 × 3.	Perityphlitis suppurativa + Tuberculosis pulmon. + Bronchitis.
37,5	38,2	Am 15. II. Exitus letalis.	
37,8	37,8	*Pat. Anat. Diagnose:* Appendicitis + ulcera perforata intestinor. + abscessus retroperitoneal. c. perf. in pulm. sin. + peritonit. adhaes., partim purulenta + tuberculosis pulmonum + bronchitis acuta.	
39,3	39,6		Perityphlitis suppurativa.
39,6	40	Erkrankte am 2 Jan. 1896 plötzlich an Schüttelfrost, Erbrechen und heftigen Schmerzen in der Ileocoecalgegend. *Stat. praes. 9. Jan.:* Leib im ganzen etwas aufgetrieben. Unmittelbar medianwärts von der rechten Spina il. ant. sup. ist eine ziemlich derbe Resistenz palpabel; die Percussion giebt über derselben einen gedämpften, tympanitischen Schall. Bedeutende Druckempfindlichkeit und heftige Schmerzen. Am 6 Jan. kleine Stuhlentleerung.	
39,2	39,9		
38,9	39,2		
39,1	39		
38,2	39,2		
37,2	38,6	Stuhlentleerung nach Klystier.	
37,4	37,1		
37	38,4	Resistenz lateralwärts ein wenig vergrössert. Heftige Schmerzen.	
37,9	38,6		
37,4	38,7	Stuhlentleerung nach Klystier.	
37,9	38,9	Heftige Schmerzen; Druckempfindlichkeit grösser als vorher.	
37,4	38,4	Die Patientin fühlt sich besser. Spontane Stuhlentleerung.	
37,1	38,3		
37,2	37,8	Die erwähnte Resistenz etwas vermindert.	
37,2	38,3		
37,6	37.7	Heftige Schmerzen. Druckempfindlichkeit und Resistenz fast bis an d. Mittellinie.	
37	37,8		
37,1	38	Am $^{26}/_1$, $^{30}/_1$, $^1/_2$ und $^5/_2$ Stuhlentleerung.	
37,2	37,9	Bei der Operation — Prof. Berg — 11 Febr. wurden c:a 500 Kbcm. übelriechender Eiter entleert.	
37,5	38,2		
37,1	38,5		
37,2	38,4		
37,6	38,6		
37,4	38.4	Die Operationswunde secernirt reichliche Mengen übelriechendes Eiters.	
37,2	38,9		
37,4	38,4		
37,2	37,9		
37.4	38,8	Die Patientin wurde am $^8/_7$ 1896 geheilt aus dem Krankenhause enlassen. *Ord.* Eisblase; Mo.	

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.	Bluttrockenpräparate. Mononucl.	Eosin.
6	Edla Maria P., 34 J., Dienstmädchen.	14. II. 96	5	2 Uhr Nachm.	Milch.	11200	11,78 %	2/314
		16. II. ›	7	1 › ›		10700	13,54 %	—
		19. II. ›	10	12,45 › ›		8300	13,50 %	7/321
		21. II. ›	12	12 › Mittags		8000	—	—
		22. II. ›	13	2 › Nachm.		10200	—	—
		26. II. ›	17	12,30 › ›		9400	—	—
		1. III. ›	20	1 › ›	Milch, 2 Eier.	7800	25,85 %	—
		5. III. ›	24	1,30 › ›		7500	—	—
7	Elin Aug. O., 24 J., Dienstmädchen.	17. II. ›	5	12,30 › ›	Nur Milch.	15100	14,95 %	8/321
		20. II. ›	8	1,45 › ›		13700	18,21 %	2/313
		23. II. ›	11	1 › ›		7600	35,82 %	7/363
		24. II. ›	12	2,45 › ›		8500	—	—
		1. III. ›	17	12,30 › ›		8000	30,20 %	—
		5. III. ›	21	1 › ›	Eier, Fleisch.	10900	—	—
8	Fritz L., 14 J.	24. II. ›	7	1 › ›	Nur Milch.	25000	—	—
		25. II. ›	8	2 › ›		17700	—	—
		26. II. ›	9	1 › ›		9300	—	—
		27. II. ›	10	2,30 › ›		8400	—	—
		1. III. ›	12	1,45 › ›	Bekommt auch Eier u. Bouill.	7500	—	—
		3. III. ›	14	1,30 › ›		10000	—	—
		4. III. ›	15	1 › ›		11300	—	—
		5. III. ›	16	2,30 › ›		9500	—	—
		7. III. ›	18	2,30 › ›		8300	—	—
		10. III. ›	21	2 › ›		9500	—	—
		16. III. ›	27	11 › Vorm.	Fleisch.	12400	—	—
		17. III. ›	28	12 › Mittags		12200	—	—
		19. III. ›	30	1 › ›		8700	—	—
		23. III. ›	34	1 › Nachm.		7400	—	—

Temperatur. Morgens.	Temperatur. Abends.	Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
37,6	37,6	Im Jahre 1892 Perityphlitis. Am 10 Febr. Erbrechen und heftige Schmerzen in der rechten Seite des Bauches. *Stat. praes. 14. II:* Leib ein wenig aufgetrieben. Bei Palpation in der rechten Fossa iliaca grosse Druckempfindlichkeit. Kein Tumor palpabel, aber vergrössertes Resistenzgefühl. Die gynäkologische Untersuchung ergiebt nichts Abnormes. Seit gestern retentio urin.	Perityphlitis.
37,3	38,3		
37,6	38,2		
37,2	37,8		
37,4	37,8	Am $^{23}/_{2}$, $^{24}/_{2}$ und $^{3}/_{3}$. Stuhlentleerung.	
37,6	37,2	Der Zustand wird allmählich besser, und am 28 März ist die Patientin als gesund aus dem Krankenhause entlassen worden. *Ord.* Eis; Mo.	
37	37,4		
37,2	37,3		
37,6	38,2	Seit 13 Febr. allmählich zunehmende Schmerzen und Druckempfindlichkeit in der rechten Seite des Bauches. *Stat. pr. 17. Febr.* Der Bauch nicht aufgetrieben. In der Ileocoecalgegend eine derbe, sehr empfindliche Resistenz. Ueber der Resistenz dumpfen Schall bei Percussion. Verstopfung. Bei der gynäkologischen Untersuchung nichts Abnormes gefunden.	Perityphlitis.
38,1	38,1		
37,2	37,5		
37,5	37,5		
36,8	37,4	Am $^{5}/_{3}$ zwei Stuhlentleerungen. Ununterbrochene Verbesserung. Pat. wird am 11. April gesund aus dem Krankenhause entlassen. *Ord.* Eisblase; Mo.	
37,1	37,4		
37,9	39	Seit 18. Febr. Schmerzen und Druckempfindlichkeit in der Ileocoecalgegend. *Stat. pr. 24. II:* Bauch ein wenig aufgetrieben. Lateralwärts von der r. Mam. linie fühlt man im Bauche eine grosse, ziemlich feste Resistenz (colon). In der Ileocoecalgegend eine weichere Resistenz. Beide Resistenzen sind druckempfindlich. Seit 22. Febr. keine Stuhlentleerung.	Perityphlitis.
38,4	39,3		
36,7	37,1		
36,4	36,6		
36,7	37,1	Am 1. III die laterale Resistenz verschwunden, die mediale vermindert. Keine Druckempfindlichkeit.	
36,6	37,1	Am 3. III Stuhlentleerung. Am 4. III Druckempfindlichkeit in d. Fossa il. dx. Resistenz deutlicher.	
37,8	38		
36,2	37,2		
36,9	37,3		
37	37,3		
37,7	37,8	Ununterbrochene Verbesserung. *Ord.* Eisblase; Tinct. theb.	
36,8	37,9		
37,9	37,9		
37,3	37,3		

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.	Bluttrockenpräparate.	
							Mono-nucl.	Eosin.
9	Gottfrid E., 24 J., Eisenbahnwärter.	15. IV. 96	9	1,30 Uhr Nachm.	Nur Milch.	12300	18,11 %	14/331
		16. IV. »	10	1 » »		12200	—	—
		17. IV. »	11	8 » »		15000	15,61 %	8/313
		19. IV. »	13	1,30 » »		12800	—	—
		20. IV. »	14	11 » Vorm.		12100	—	—
		21. IV. »	15	3,15 » Nachm.		10700	—	—
		22. IV. »	16	11 » Vorm.	Eier, Bouillon.	9000	—	—
		25. IV. »	19	1 » Nachm.		6600	—	—
		27. IV. »	21	12 » Mittags		9900	12,48 %	7/398
		29. IV. »	23	1 » Nachm.		11100	—	—
		30. IV. »	24	2 » »		12700	15,37 %	2/339
		1. V. »	25	12 » Mittags		11700	12,23 %	4/319
		2. V. »	26	9,30 » Vorm.		13200	—	—
		5. V. »	29	10,30 » »		11300	—	—
		7. V. »	31	12,30 » Nachm.		8800	—	—
		9. V. »	33	1,15 » »		10700	18,5 %	2/314
		12. V. »	36	10 » Vorm.		12700	—	—
		15. V. »	39	11 » »		8100	—	—
		18. V. »	42	10,45 » »		7800	27,66 %	4/290
		26. V. »	50	1 » Nachm.		10000	—	—
		29. V. »	53	12 » Mittags		6400	—	—
		9. VI. »	64	1 » Nachm.		5600	—	—
10	Axel W. L., 22 J., Instrumentenmacher.	7. IX. »	2		Milch, Eier, Fleisch u. Brot.	11600	—	—
		8. IX. »	3			11600	—	—
		9. IX. »	4		Milch.	10400	—	—
		11. IX. »	6			12800	—	—
		13. IX. »	8		Eier, Hafersuppe.	7500		—
11	Per H—C., 48 J., Gärtner.	18. IX. »	4	1,35 » Nachm.	Nur Milch.	10000	11,64 %	1/377
		19. IX. »	5	1,30 » »		9500	—	—
		20. IX. »	6	1 » »		9000	—	—
		21. IX. »	7	2 » »		9900	17,98 %	8/362
		22. IX. »	8	2,30 » »		8800	17,59 %	1/369
		23. IX. »	9	1,30 » »		7200	—	—

Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Morgens.	Abends.		
38,1	38,5	Erkrankte am 7. Apr. an Diarrhoe und Schmerzen im Bauche.	Perityphlitis suppurativa.
37,7	38,6	Am 16. IV Stuhlentleerung. *Stat. praes. 17. IV:* In der Regio iliaca dextra eine palpable, faustgrosse, sehr druckempfindliche Resistenz; Percussionston über ihr gedämpft tympanitisch. Unbedeutende spontane Schmerzen.	
37,8	38,6		
37,6	37,7		
37,4	37,5		
37,4	37,4		
37,1	37,5	Die Resistenz sehr vermindert wenig empfindlich. Seit 16. IV keine Stuhlentleerung.	
37,1	37,3	Am 23. u. 26. Stuhlentleerung.	
37,5	37,7	Die Resistenz wieder vergrössert. Spontane Schmerzen.	
37,7	37,7		
37,8	37,3		
37,9	38,1		
37,7	38,1	Bei der Operation 6. V. — Prof. Åkerman — wurde ein etwa eigrosser Abscess geöffnet. Appendix nicht gefunden, wahrscheinlich wegulcerirt. 9. V. Stuhlentleerung nach Klystier.	
37,6	37,8		
37,8	38,2		
37,7	37,8		
37,9	37,6		
37	37		
37,1	37,4		
37,2	37,4		
37,1	37,3		
36,7	37,1	18. 6. Der Pat. wird heute fast vollständig geheilt aus dem Krankenhause entlassen. *Ord.* Eisblase; Mo; Tinct. theb.	
37,1	37,7	Reconvalescenz nach Febris typhoides. Am 6 Nov. Erbrechen und Schmerzen in der rechten Seite des Bauches. In der Ileocoecalgegend druckempfindliche Resistenz.	Perityphlitis.
37,4	37,5		
37,3	37,7		
36,7	37,1	Resistenz und Druckempfindlichkeit vermindert. Verstopfung.	
36,6	37,1		
—	37,2	Erkrankte plötzlich an heftigen Schmerzen im Bauche; Druckempfindlichkeit. 18. IX. im rechten Theil des Bauches eine bedeutende Resistenz. Intensive Druckempfindlichkeit.	Perityphlitis.
37,7	37,5		
37,6	37,1		
38,1	39.4		
39,8	39,7	Die Begrenzung der Resistenz deutlicher; Druckempfindlichkeit unverändert.	
38,9	39,6	Seit 15. XI. keine Stuhlentleerung.	

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.	Bluttrockenpräparate.	
							Mononucl.	Eosin.
11	Per H—C., 48 J., Gärtner.	24. IX. 96	10	2 Uhr Nachm.		10400	18,48 %	2/454
		25. IX. »	11	2 » »		5500	18,20 %	3/330
		26. IX. »	12	1 » »		4700	—	—
12	Carl Hugo B., 21 J., Landmann.	11. X. »	3	7,45 » »	Nur Milch.	15400	—	—
		12. X. »	4	1,10 » »		9800	—	—
		13. X. »	5	1,30 » »		8400	—	—
		14. X. »	6	1 » »		7700	—	—
		15. X. »	7	1 » »		7600	—	—
		18. X. »	10	12 » »		7100	—	—
13	Oscar K., 21 J., Perückenmacher.	7. XI. »	11	1,20 » »	Nur Milch.	12700	—	—
		8. XI. »	12	7 » »		13000	—	—
		9. XI. »	13	7,30 » »		12500	—	—
		10. XI. »	14			16800	—	—
		11. XI. »	15	5 » »		5700	—	—
		13. XI. »	17	11,45 » Vorm.		11000	—	—
		14. XI. »	18	1,45 » Nachm.		10800	—	—
		15. XI. »	19	7 » »	Hafersuppe.	11600	—	—
		17. XI. »	21	7 » »	Eier.	10800	—	—
		18. XI. »	22	8 » »		11000	—	—
		20. XI. »	24	8 » »		10900	—	—
		22. XI. »	26	1 » »		9900	—	—
		24. XI. »	28	12,30 » »	Fleisch.	9900	—	—
		26. XI. »	30	8 » »		10400	—	—
		29. XI. »	33	1,30 » »	Zwieback.	11900	—	—
		30. XI. »	34	1,30 » »	Nur Milch.	12600	—	—
		2. XII. »	36	12 » Mittags		8400	—	—
		4. XII. »	38	11,45 » Vorm.		8100	—	—
		7. XII. »	41	11,30 » »		7900	—	—

Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Morgens.	Abends.		
39,2	39,7		Perityphlitis.
37,8	38	Druckempfindlichkeit geringer. Resistenz etwas vermindert.	
37,3	37	Reichliche Stuhlentleerung. Am 17. X gesund aus dem Krankenhause entlassen. *Ord.* Eisblase; Mo.	
—	38,2	Meteorismus, heftige Schmerzen und Druckempfindlichkeit der Ileocoecalgegend. Resistenz nicht palpabel.	Perityphlitis.
37,8	38,5		
37,5	38,2	Schmerzen und Meteorismus vermindert. In der Ileocoecalgegend ein deutlicher Tumor palpabel.	
37,6	38,3		
38	38,4	Am 20. X noch palpable Resistenz und gelinde Druckempfindlichkeit. Verstopfung. *Ord.* Eisblase; Mo, Tinct. theb.	
37,2	37,4		
38	38,2	In fossa iliaca dextra eine apfelgrosse Resistenz; Druckempfindlichkeit.	Perityphlitis.
37,5	38	Resistenz und Druckempfindlichkeit wie vorher.	
37,6	38,2		
38,1	38,7		
38,4	38,6	Gelinde Angina; Resistenz ein wenig vermindert.	
37,2	37,7		
37,8	37,8		
36,9	37,4	Angina verschwunden.	
37,2	36,9	Die drei letzten Tage spontane Stuhlentleerungen.	
36,7	37,5		
36,9	37,7	Die Resistenz bedeutend vermindert.	
36,6	37,4		
36,6	37,3		
37,2	37,6	Resistenz undeutlich; der Patient hat das Bett verlassen.	
37,4	37,4		
37	37,4	Schmerzen und Druckempfindlichkeit in foss. il. dxt. Die Resistenz wieder deutlich.	
37,1	37,4		
37,1	37,2		
37,3	37,6	Resistenz und Druckempfindlichkeit bedeutend vermindert. *Ord.* Eisblase; Mo; Sal. Carlsbad.	

ungeachtet einer deutlichen absoluten Vermehrung sämmtlicher Leukocyten mehrere Male innerhalb normaler Grenzen liegende procentische Werthe erhalten.

Bei allen Zählungen konnte die Gegenwart von eosinophilen Zellen konstatirt werden, deren Zahl ich niemals augenscheinlich vermindert gesehen habe. Im Gegentheil, sie schienen bei der einen oder anderen Gelegenheit trotz vorhandener Leukocytose in besonders reichlicher Menge aufzutreten.

XI. Rheumatismus articulorum acutus.

Leukocytenbestimmungen sind bei dieser Krankheit von Sörensen, Koblanck, v. Limbeck, Hayem, Pée, Reinert, Rieder, Zappert und Cabot ausgeführt worden. Die meisten dieser Forscher haben während des Fieberstadiums und gleichzeitig mit der Anschwellung der Gelenke eine mässige Vermehrung der weissen Blutkörperchen beobachtet. Bei den subacuten Formen der Krankheit konnte Pée nie eine Leukocytose finden, während Cabot ungefähr in der halben Anzahl der Fälle eine gelinde Vermehrung der weissen Blutkörperchen entdeckte. In den 8 Fällen, die ich selbst untersucht habe, hat sich während des ersten Stadiums der Krankheit stets eine Vermehrung der Leukocyten konstatiren lassen, die im allgemeinen ziemlich mässig war. Fall 4 zeigte eine verhältnissmässig hohe Anzahl von Leukocyten (18,900, 26,300 und 21,900). Dieser Patient war auch besonders stark angegriffen, indem beinahe sämmtliche Gelenke der unteren und verschiedene der oberen Extremitäten afficirt waren. Man dürfte in diesem Falle auf Grund hiervon vielleicht vermuthen können, dass der Grad der Leukocytose auf der Ausdehnung des inflammatorischen Exsudationsprocesses beruhend gewesen sei. Ich glaube indessen, dass man hier ebensowenig wie in Betreff der Pneumonie berechtigt ist, einen solchen Schluss zu ziehen. Unter den übrigen Fällen finden wir den einen und den anderen, wo die Anschwellung äusserst bedeutend war und sich eine grosse Menge Glieder angegriffen zeigten, wo sich aber die Leukocytose nichts desto weniger als ziemlich mässig erwies (10,000—14,000).

Die Untersuchung von Trockenpräparaten ergab in Fällen 1, 2, 4 und 7 während des ersten Stadiums der Krankheit eine procentische Verminderung der mononucleären Zellen. Das gesteigerte procentische Uebergewicht der polynucleären Zellen war indessen in den Fällen 3 und 5 nicht vorhanden.

Die eosinophilen Zellen zeigten bei den ersten Untersuchungen im allgemeinen abnorm niedrige Werthe; in den Fällen 4 und 5 konnte unter mehr als 1,000 Leukocyten keine einzige

Tabelle

Rheumatismus articu-

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.
1	Betty B., 12 J.	10. XI. 95	16	11,30 Uhr Vorm.	Gemischte Kost.	13100
		12. XI. »	18	12,30 » Nachm.		7400
		14. XI. »	20	9,30 » Vorm.		6200
		16. XI. »	22	11,30 » »		7900
		18. XI. »	24	11 » »		7000
2	Augusta S., 17 J., Dienstmädchen.	2. I. 96	5	1,15 Uhr Nachm.	Gemischte Kost.	14200
		4. I. »	7	1 » »		9400
		7. I. »	10	2,45 » »		6100
		9. I. »	12	2 » »		9500
3	Karl J., 30 J., Fabriksarbeiter.	9. VI. 96	—	12 Uhr Mittags	Gemischte Kost.	9100
		11. VI. »	—	12 » »		6100
4	Johan J., 37 J., Kutscher.	2. XI. 96	15	7 Uhr Nachm.	Gemischte Kost.	18900
		3. XI. »	16	1 » »		26300
		4. XI. »	17	1 » »		21900
		5. XI. »	18	2 » »		16400
		6. XI. »	19	1 » »		14700
		7. XI. »	20	2 » »		10500
		8. XI. »	21	2 » »		9100
		9. XI. »	22	8,30 » »		9900
		10. XI. »	23	2,30 » »		10200
		12. XI. »	25	1,45 » »		8300

XV.

lorum acutus.

Bluttrockenpräparate.		Temperature.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Mononucl.	Eosin.	Morgens.	Abends.		
18,08 %	9/1216	39	39,5	Am 24. Okt. erkrankte die Patientin an Gelenkschmerzen, zuerst in den Gelenken der Finger, dann in den Knieen u. s. w. 10. XI. Von der Krankheit angegriffen sind jetzt das linke Handgelenk, das rechte Schultergelenk und das linke Knie. Sämmtliche diese Gelenke sind ein wenig angeschwollen und druckempfindlich. — Insuffic. valv. mitral.	Rheum. art. acut. (Insuffic. valv. mitral.)
—	—	37	38		
—	—	37	37,4		
—	—	37	37,5		
32,28 %	27/606	37,2	37,6	16. XI. Keine Symptome von den Gelenken. Verbessert entlassen. Ord. Salicyl. Natr.	
10,46 %	15/1063	39	38,2	Fast sämmtliche Gelenke der Gliedmassen sind druckempfindlich und angeschwollen. Jede Bewegung schmerzhaft.	Rheum. art. acut.
—	—	37,6	38,3		
—	—	37	37,3	Druckempfindlichkeit und Geschwulst bedeutend vermindert; seit 5. I. afebril.	
—	—	37,6	37,4	Schmerzen in den Knie- und Fussgelenken. 10. II. verbessert entlassen. Ord. Salicyl. Natr.	
24,23 %	5/1062	37,4	37,6	Das rechte Fussgelenk, beide Kniee, das rechte Schultergelenk und die Handgelenke angegriffen. — Schmerzen und Druckempfindlichkeit.	Rheum. art. subacut. (recidiv).
—	—	37,2	37,8	Schmerzen und Druckempfindlichkeit vermindert. Ord. Salicyl. Natr.	
—	—	—	39,3	Krank seit 14 Tagen. Fast sämmtliche Gelenke der unteren Extremitäten, linke Hand-, Ellenbogen- und Schultergelenke sowie die Gelenke des linken Zeigefingers angeschwollen, druckempfindlich und bei jeder Bewegung schmerzhaft.	Rheum. art. acut. (Insuffic. valv. mitral.).
11 %	0/1318	38,7	39,5		
6,91 %	0/1033	38,5	39,5	Sämmtliche Gelenke des rechten Armes angegriffen.	
—	—	38,5	39		
—	—	37,6	37,9		
—	—	37,2	37,5	Reconvalescenz.	
25,14 %	35/1092	37	37,1		
19,67 %	20/1028	36,8	37,1		
—	—	36,3	37,5		
—	—	36,7	37,5	Am 20. XI. verbessert entlassen. Ord. Salicyl. Natr.	

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.
5	Ernst M., 18 J., Arbeiter.	8. XI. 96	5	12 Uhr Mittags	Gemischte Kost.	11900
		9. XI. »	6	12 » »		10200
		10. XI. »	7	2 » Nachm.		7200
6	Anton A. O., 23 J., Arbeiter.	10. XI. 96	4	2,45 » »	Gemischte Kost.	12900
		11. XI. »	5	2,50 » »		6700
7	Gösta L., 21 J., Bäcker.	17. IX. 96	7	12 » Mittags	Gemischte Kost.	10700
		18. IX. »	8	12,30 » Nachm.		9600
		19. IX. »	9	9 » »		8100
8	Johan B., 35 J., Bedienter.	14. X. 96	9	8 » »	Gemischte Kost.	10000
		15. X. »	10	2 » »		14100
		16. X. »	11	2 » »		11000
		17. X. »	12	9 » »		8100

Bluttrockenpräparate.		Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Mononucl.	Eosin.	Morgens.	Abends.		
22,47 %	0/1060	39	39,4	Am 24. X. Angina. Am 3. XI. Gelenkschmerzen. Am 8. XI. beide Knie- und Fussgelenke nebst dem rechten Ellenbogengelenke angegriffen.	Rheumat. art. acut.
—	—	38,4	37,9	Druckempfindlichkeit bedeutend vermindert.	
—	—	37,4	37,1	Druckempfindlichkeit verschwunden. *Ord.* Salicyl. Natr.	
—	—	—	38	Krank seit 4 Tagen. Beide Fussgelenke und das linke Knie angeschwollen und druckempfindlich.	Rheumat. art. acut.
—	—	38,1	37,6	Schmerzen in den Schultergelenken. *Ord.* Salicyl. Natr.	
15,17 %	46/1063	37,8	38,2	Krank seit 11. IX. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus am 16. IX. waren die Fuss-, Knie-, Hand- und Ellenbogengelenke angegriffen. Erythema multiforme.	Rheumat. art. acut.
—	—	37,5	38,1	Schmerzen und Druckempfindlichkeit vermindert. Erythem verschwunden.	
—	—	37,6	37,5	*Ord.* Salicyl. Natr.	
—	—	—	39,3	Das rechte Knie angeschwollen und druckempfindlich. Das rechte Fuss- und das rechte Schultergelenk druckempfindlich.	Rheumat. artic. acut.
—	—	38,6	39,2	Bedeutende Druckempfindlichkeit auch in dem linken Kniee.	
—	—	38	38,6	Die Druckempfindlichkeit des rechten Kniees vermindert.	
—	—	37,7	38,8	Am 9. XI. gesund entlassen. *Ord.* Salicyl. Natr.	

Tabelle

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.
1	Patrik N., 33 J. Landmann.	9. X. 96	8	7,30 Uhr Nachm.	Gemischte Kost	13000
		11. X. »	10	12 » Mittags		14400
		13. X. »	12	1 » Nachm.		11400
		15. X. »	14	7,30 » »		11200
		18. X. »	17	2,45 » »		10400
		21. X. »	20	11,30 » »		10300
2	August A., 20 J. Arbeiter.	24. X. 96	8	3,30 » »	Gemischte Kost	10700
		27. X. »	11	7,30 » »		8700
3	Mathilda J., 30 J. Arbeiterin.	17. IX. 96	—	8 » »	Gemischte Kost	17100
		18. IX. »	—	11,30 » Vorm.		13200
		19. IX. »	—	12,30 » Nachm.		12800
		20. IX. »	—	11,30 » Vorm.		14200
		22. IX. »	—			13700
		24. IX. »	—			12600

XVI.

Bluttrocken-präparate.		Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Mononucl.	Eosin.	Morgens.	Abends.		
—	—	38,1	37,8	Das rechte Knie seit 8 Tagen angeschwollen und druckempfindlich; heftige Schmerzen in demselben. In der durch Punction entleerten seropurulenten Flüssigkeit wurden Gonococcen gefunden. (JUNDELL.)	**Gonitis gonorrhoica.**
—	—	38,4	38,7		
—	—	37,0	39,2	Injection von Sublimat (1 : 5000) in das Gelenk.	
—	—	37,3	39,2		
—	—	37,4	38,0	Druckempfindlichkeit wie vorher. Incisio; Injection von Karbol.	
—	—	37,4	38,1		
30,68 %	3/1005	—	38,5	Seit einem Monate Urethritis. Das rechte Knie seit einer Woche angeschwollen, schmerzend und druckempfindlich; Injection von Sublimat.	**Gonitis gonorrhoica.**
17,91 %	7/1346	—	38,7	Das Knie noch angeschwollen und druckempfindlich. Die Schmerzen vermindert.	
28,87 %	12/1068	38,2	39,9	Das linke Ellenbogengelenk beträchtlich angeschwollen, sehr schmerzhaft und druckempfindlich; das linke Handgelenk ein wenig angeschwollen und druckempfindlich. Keine Gonococcen gefunden.	**Artroitis purulenta.**
23,98 %	17/1099	38,3	39,7		
—	—	38,3	—	Das Ellenbogengelenk heute geöffnet. Ein dickflüssiger Eiter wurde entleert.	
—	—	—	—		
—	—	—	—		
—	—	—	—		

solche Zelle entdeckt werden. Auf den anderen Seite finden wir jedoch in Fall 7 während der Fieberperiode und gleichzeitig mit einer deutlich ausgesprochenen Leukocytose einen verhältnissmässig grossen Werth ($^{46}/_{1063}$ oder 492 im. Kbmm.). ZAPPERT der ebenfalls in ein paar seiner Fälle ein solches Verhältniss fand, giebt seiner Verwunderung darüber Ausdruck. Er spricht die Vermuthung aus, dass diese »vorübergehende Anhäufung» der eosinophilen Zellen möglicherweise durch den Krankheitsprocess bedingt sein kann. Diese Anhäufung soll so schnell geschehen, dass der vermindernde Einfluss des Fiebers auf die Anzahl der eosinophilen Zellen überwunden wird. Er lässt es indessen unentschieden, ob es die Krankheit per se, oder die Behandlung mit Salicyl ist, welche diese Wirkung hat.

Des Vergleiches wegen will ich in der vorstehenden kleinen Tabelle eine Uebersicht der Untersuchungen geben, die ich in zwei Fällen von gonorrhoischer Gonitis und einem Fall von eiteriger Inflammation im Ellenbogengelenk ausgeführt habe.

XII. Diphtheritis.

Schon 1868 machte BOUCHUT auf die Vermehrung der weissen Blutkörperchen aufmerksam, die bei dieser Krankheit vorkommt, und verschiedene Jahre später (1877) lieferte er einen ziemlich ausführlichen Bericht über seine jetzt nach verbesserten Methoden ausgeführten Untersuchungen über die »acute Leukocythémie» bei Diphtherie. Er hatte zusammen nicht weniger als 93 Zählungen der Blutkörperchen bei 24 Patienten ausgeführt und dabei stets eine bedeutende, in einzelnen Fällen sogar höchst ansehnliche Leukocytose gefunden. Einmal überstieg die Anzahl der weissen Blutkörperchen sogar 100,000, und die Mittelzahl derselben war in sämmtlichen Fällen 26,660. BOUCHUT ist der Ansicht, dass diese Vermehrung der weissen Blutkörperchen sich um so hochgradiger zeigt, je schwerer das Leiden ist. Die Zahlen seien so zu sagen ein Mass für die allgemeine Intoxication. Gegen diese Angaben trat im Jahre darauf CUFFER auf. »Die Anzahl der weissen Blutkörperchen könne bei Diphtherie, das sei wahr, zuweilen vermehrt sein, jedoch nie in dem von BOUCHUT angegebenen Grade». In der halben Anzahl der CUFFER'schen Fälle finden wir auch Zahlen, die sich innerhalb

der normalen Grenzen bewegen. Man muss indessen zugestehen, dass die Statistik, auf welche CUFFER seine Ansicht stützt, viel kleiner als BOUCHUT's ist, wozu noch kommt, dass seine Fälle, wie es scheint, nur einmal undersucht worden sind. In einem späteren Aufsatz bekräftigte BOUCHUT seine früheren Ergebnisse CUFFER gegenüber durch neue, wobei er sich auf nicht weniger als 177 Leukocytenbestimmungen stützte (Gaz. des Hopitaux, 20, 1879).

PÉE, der Leukocytenzählungen sowohl bei Diphtherie, wie bei Angina ausgeführt hat, fand, dass die Leukocytose bei diesen beiden Krankheiten im Verhältniss zu der Intensität der Drüsenanschwellung steht; eine Angina mit bedeutender Anschwellung der Drüsen in der Submaxillarregion könne höhere Leukocytenzahlen als eine Diphtherie mit geringer Adenitis geben.

Ausser den genannten Forschern haben auch v. LIMBECK, REINERT, GABRITSCHEWSKY, FELSENTHAL, MORSE, SCHLESINGER, WALDSTEIN, EWING und BILLINGS mehr oder weniger umfassende Untersuchungen über die Leukocytose bei Diphtherie angestellt. Die in den letzteren Jahren zur Anwendung gekommene Behandlung der Diphtherie mit Serum scheint ganz besonders zu Forschungen auf diesem Gebiete angeregt zu haben.

Die 8 Fälle von Diphtherie, welche ich zu untersuchen Gelegenheit gehabt habe, sind in der folgenden Tabelle zusammengestellt.

Leider ist es mir nicht möglich gewesen, die Einwirkung näher zu studiren, welche die Behandlung der Diphtherie mit Serum auf die Wechselungen in der Anzahl der Leukocyten hat. Die Angaben, welche sich in der Litteratur hierüber finden, sind einander widersprechend. Während SCHLESINGER sagt, dass die Hyperleukocytose nach Injectionen von Diphtherieantitoxinen schnell abnehme, um dann, jedoch nicht bis zu ihrem ursprünglichen Grade, wieder zuzunehmen, behauptet BILLINGS, dass die Leukocytose von der Behandlung mit Serum nicht beeinflusst werde.[1])

Die letzte Ansicht dürfte indessen wenig für sich haben. Selbst wenn man zugiebt, dass die Seruminjectionen keine directe Einwirkung auf die Anzahl der weissen Blutkörperchen haben,

---

[1]) EWING fand eine Verminderung der Leukocyten unmittelbar (innerhalb 30 Minuten) nach der Injection. Die Leukocytencurve erreichte jedoch das normale Niveau nicht schneller als in den Fällen, wo keine Einspritzungen gemacht worden waren.

Tabelle

Diphte-

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.	Bluttrockenpräparate. Mononucl.	Bluttrockenpräparate. Eosin.	Temperatur. Morgens.	Temperatur. Abends.
1	Olof Magn. S., 13 J.	8. VIII. 96	5	Gemischte Kost.	13400 [1]	16,67 %	8/865	38	37,9
		9. VIII. »	6		9200	—	—	37,9	37,9
		10. VIII. »	7		10000	28,81 %	15/632	37	37,2
		11. VIII. »	8		8900	—	—	37,1	37,2
2	Anna Charl. R., 6 1/2 J.	8. VIII. 96	3	Gemischte Kost.	7700	16,62 %	10/1032	37,6	38
		9. VIII. »	4		8500	—	—	36,9	37,4
3	Hulda B., 6 J.	13. VIII. 96	10	Gemischte Kost.	17600	—	—	37,9	39
		14. VIII. »	11		11600	15,89 %	7/984	37,3	37,7
		15. VIII. »	12		8700	—	—	37,2	—
4	Judith Emer. K., 4 1/2 J.	13. VIII. 96	3	Gemischte Kost.	18500	15,94 %	48/1086	37,4	37,6
		14. VIII. »	4		9000	27,91 %	34/738	37	37,3
		15. VIII. »	5		5600	—	—	36,9	—
5	Paulina S., 8 J.	31. VII. 96	3	Gemischte Kost.	13600	21,47 %	7/947	38,7	38,3
		1. VIII. »	4		6400	23,15 %	56/1020	37,5	37,4
		3. VIII. »	6		6100	—	—	37,1	36,9
		8. VIII. »	11		12100	—	—	37,3	37,3

[1]) Sämmtliche Zählungen sind zwischen 10 Uhr Vorm. und 2 Uhr Nachm. ausgeführt worden

XVII.

ritis.

Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
4. VIII. Allgemeinzustand gut. Rachen geröthet, angeschwollen. Tonsillen von gelbem, schmierig-schleimigem Belage bedeckt. Auf den Gaumenbögen weisse Ablagerungen. Uvula geröthet und angeschwollen. Halslymphdrüsen sehr angeschwollen. Schlingbeschwerden. Foetor ex ore. 0 Alb. Injection von 20 Kbcm. Diphterieheilserum. 8. VIII. Rachen noch mehr angeschwollen. In der Probe typische Stäbchen + Staphylococcen. 13. VIII. Rachen gereinigt. 0 Alb.	Diphteritis faucium.
7. VIII. Algemeinzustand gut. Rachen geröthet. Tonsillen angeschwollen und von ziemlich lockeren Membranen bedeckt. Herpes labiales. Halslymphdrüsen angeschwollen. In der Probe typische Stäbchen. Injection von 20 Kbcm. Diphterieheilserum. 10. VIII. Rachen fast vollständig gereinigt. 12. VIII. 0 Alb.	Diphteritis faucium.
11. VIII. Allgemeinzustand gut. Rachen geröthet. Tonsillen angeschwollen, ohne Belag. 12. VIII. Kleine Beläge auf den Tonsillen. In der Probe kurze Stäbchen + typische Stäbchen. 13. VIII. Die linke Tonsille von einer weissen, festen, leicht abziehbaren Membran bedeckt. Zustand gut. Hustet und ist ein wenig heiser. Injection von 20 Kbcm. Diphteriheilserum. (Die Blutprobe wurde vor der Injection genommen.)	Diphteritis faucium.
12. VIII. Allgemeinzustand gut. Rachen geröthet. Tonsillen angeschwollen und von lockeren, schmierigen Belägen bedeckt. Halslymphdrüsen angeschwollen. 0 Alb. In der Probe typische Stäbchen. Injection von 10 Kbcm. Diphterieheilserum.	Diphteritis faucium.
29. VII. Allgemeinzustand gut. Rachen geröthet. Tonsillen angeschwollen. Tonsillen, Uvula und Seitenwände des Rachens von membranösen Belägen bedeckt. Halslymphdrüsen angeschwollen. Husten. Heiserkeit. In der Probe typische Stäbchen. Injection von 30 Kbcm. Diphterieheilserum. 30. VII. Heiserkeit grösser; Beläge vermindert. Inj. von 20 Kbcm. Serum. 4. VIII. Rachen gereinigt. Gelinde Heiserkeit. 6. VIII. 0 Alb.	Diphteritis faucium.

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.	Bluttrocken-präparate.		Temperatur.	
						Mononucl.	Eosin.	Morgens.	Abends.
5	Paulina S., 8 J.	9. VIII. 96	12	Gemischte Kost.	9700	—	—	37,5	37,5
		10. VIII. »	13		7800	—	—	—	—
6	Lilly M. E. A. M. K., 6 1/2 J.	1. VIII. 96	3	Gemischte Kost.	8600	28,56 %	7/778	37,7	38
		3. VIII. »	5		7700	—	—	37,3	36,9
		8. VIII. »	10		10600	—	—	37,2	37,2
		9. VIII. »	11		7400	—	—	37,2	37,2
		10. VIII. »	12		8200	—	—	37	—
7	Axel Gust. S., 5 J.	1. VIII. 96	3	Gemischte Kost.	7800	22,69 %	35/974	37,7	37,9
		3. VIII. »	5		11100	—	—	37,4	37,5
8	Karl St. A. A., 7 1/2 J.	1. VIII. 96	2	Gemischte Kost.	10000	—	—	—	37,9
		3. VIII. »	4		6800	—	—	37,2	37,5

so kann man gegenwärtig doch wohl nicht verneinen, dass sie indirect, durch günstige Einwirkung auf den Krankheitsprocess, dazu beitragen können, dass die Leukocytose nicht so hochgradig wird und so lange anhält, wie man sonst wohl Anlass hätte zu vermuthen.[1])

Nur in zwei Fällen (3 u. 7) hatte ich Gelegenheit, vor der ersten Injection eine Untersuchung des Blutes auszuführen. In dem ersten dieser beiden Fälle fand sich eine deutliche Leukocytose, und in dem zweiten wurde eine Leukocytenzahl gefunden, die man wohl als innerhalb normaler Grenzen liegend

---

[1]) Nach BILLINGS Untersuchungen üben die Einspritzungen von Diphtherieantitoxinen bei gesunden Personen keinen Einfluss auf die Anzahl der weissen Blutkörperchen aus.

Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
7. VIII. Stimme klar. Urticaria. 8. VIII. In der Probe typische Stäbchen + Staphylococcen. 13. VIII. In der Probe nur Coccen.	Diphteritis faucium.
31. VII. Allgemeinzustand gut. Rachen geröthet. Die angeschwollenen Tonsillen und die Wände des Rachens von festen, membranösen Belägen bedeckt. Halslymphdrüsen angeschwollen. In der Probe typische Stäbchen + Coccen. Injection von 20 Kbcm. Diphterieheilserum. 0 Alb. 2. VIII. Beläge vermindert. 6. VIII. Rachen gereinigt. 7. VIII. Urticaria. 13. VIII. In der Probe Stäbchen.	Diphteritis faucium.
31. VII. Allgemeinzustand gut. Rachen geröthet. Tonsillen unbedeutend angeschwollen und mit kleinen, festen, membranösen Belägen versehen. In der Probe typische Stäbchen. 1. VIII. Heiserkeit; Husten. Injection von 20 Kbcm. Diphterieheilserum. (Nach der Blutuntersuchung). 4. VIII. Rachen gereinigt. 8. VIII. Urticaria. 0 Alb.	Diphteritis faucium.
31. VII. Allgemeinzustand gut. Rachen geröthet. Tonsillen angeschwollen und von festen, membranösen Belägen bedeckt. Schnupfen. Injection von 15 Kbcm. Diphterieheilserum. In der Probe Coccen + kurze Stäbchen. 2. VIII. In der Probe typische Stäbchen + Coccen. 0 Alb. 6. VIII. Rachen gereinigt. 0 Alb.	Diphteritis faucium.

betrachten kann.[1]) Die übrigen Patienten waren alle schon vor der ersten Untersuchung des Blutes mit Diphtherieantitoxinen behandelt worden.

Sämmtliche untersuchte Fälle waren von einem besonders milden Charakter und ohne schwerere Komplicationen. Die Leukocytenzahl stieg nie bis zu einem ansehnlicheren Grade; die höchste der erreichten Zahlen war nur 18500, und in einem der Fälle (N:o 2) wurden bei beiden Untersuchungen normale Werthe erhalten.

Es wäre übereilt, auf Grund dieser geringzähligen Untersuchungen allgemeine Gesetze für den Verlauf der Leukocytose

[1]) Die Mittelzahl, die RIEDER für die Anzahl der Leukocyten bei Kindern gefunden hat, ist 9660, also nicht unbedeutend höher als die von ihm bei Erwachsenen gefundene.

und ihr Verhalten zu anderen Symptomen der Diphtherie aufzustellen.

Ich muss mich deshalb darauf beschränken, einige allgemeine Schlüsse hervorzuheben, die man berechtigt sein dürfte, aus bisher gemachten Erfahrungen zu ziehen:

1) Gleich den meisten acuten Infectionskrankheiten ist auch die Diphtherie in der grössten Anzahl der Fälle von einer Vermehrung der weissen Blutkörperchen begleitet.

2) Diese Vermehrung kann in einzelnen Fällen besonders hochgradig sein und zuweilen sogar die Zahl 100000 überschreiten (BOUCHUT und FELSENTHAL); sie hält sich indessen gewöhnlich unter 30000—40000.

3) Der Grad der Leukocytose scheint zu der Höhe der Temperatur und der Intensität der Drüsenanschwellung in keiner Beziehung zu stehen.

4) Die tödtlich verlaufenden Fälle zeigen hinsichtlich der Anzahl der weissen Blutkörperchen ein wechselndes Verhältniss. In einem Theil derselben fehlt, gleichwie in analogen Fällen von Pneumonie, die Leukocytose (BILLINGS und MORSE), während sich in anderen eine hochgradige Vermehrung der weissen Blutkörperchen findet (SCHLESINGER, GABRITSCHEWSKY).

5) Es muss unentschieden gelassen werden, ob die mehr oder weniger schwere Beschaffenheit des einzelnen Falles einen Einfluss auf den Grad der Leukocytose ausübt.

Bei der Untersuchung von Trockenpräparaten zeigte sich die Procentzahl der mononucleären Zellen im allgemeinen vermindert. Eine solche Verminderung fand sich, ausser in einem Falle (N:o 6), bei allen Untersuchungen.[1])

Eine sogenannte Lymphocytose, wie BILLINGS (in einem letal verlaufenden Fall), RIEDER, MORSE, EWING (in einzelnen Fällen und besonders während der Reconvalescenz) beobachtet haben, ist von mir nie gefunden worden.

Die Anzahl der eosinophilen Zellen war bei bestehender Leukocytose niemals im höheren Grade vermindert.

---

[1]) Die Zahlen 21,47 und 22,96 (in den Fällen 5 u. 7) müssen nämlich für niedriger als normal angesehen werden, da aus RIEDERS und GUNDOBINS Untersuchungen hervorgeht, dass die Procentzahl der mononucleären Zellen bei Kindern bedeutend höher als bei Erwachsenen ist und dass sie sich bei ihnen zwischen deu Grenzen von 28—40 % bewegt.

Fall 4 bildet einigermassen eine Ausnahme, indem die eosinophilen Zellen hier ungeachtet einer verhältnissmässig hohen Leukocytenzahl sehr zahlreich (über 4 %) waren.

Engels Fund von Myelocyten (von 3,6—16,8 %) in tödtlich verlaufenden Fällen von Diphtherie dürfte von anderen Forschern zu bekräftigen sein.

In Zusammenhang mit meinen Untersuchungen über die Leukocytose bei Diphtherie theile ich in der hier beigefügten Tabelle N:o XVIII die Ergebnisse meiner in einigen Fällen von Angina ausgeführten Leukocytenbestimmungen mit.

XIII. Erysipelas.

Halla, v. Limbeck, Pée, Reinert und Rieder geben einstimmig an, dass bei Erysipelas eine Vermehrung der Leukocyten im Blute vorhanden ist. Malassez fand dagegen nur in den mit Eiterbildung komplicirten Fällen eine wirkliche Leukocytose; in den anderen Fällen konnte er zwar ebenfalls eine Vermehrung der Leukocyten konstatiren, dieselbe war aber nur relativ und beruhte auf einer bedeutenden Verminderung der Anzahl der rothen Blutkörperchen.

Hayem traf bei scrofulösen, mit Erysipelas behafteten Personen nur im Anfange der Krankheit eine unbedeutende Steigerung in der Anzahl der weissen Blutkörperchen an. In anderen Fällen war die Vermehrung der Leukocyten bedeutender und auf der Ausbreitung des Leidens beruhend. Cabot fand nur in 3 von 5 untersuchten Fällen eine Leukocytose.

Die vier Fälle von dieser Krankheit, die ich hämatologisch untersucht habe, finden sich in Tabelle XIX zusammengestellt.

Fall 2 dürfte indessen für die Frage von dem Verhalten der Leukocytose bei Erysipelas wenig erklärend sein. Der erysipelatöse Process kann hier wohl nur als eine Theilerscheinung der allgemeinen septischen Infection betrachtet werden.

Die übrigen 3 Fälle zeigten alle wenigstens einmal im Verlaufe der Krankheit einen geringen Grad von Leukocytose. Es ist indessen bemerkenswerth, dass die Leukocytenwerthe so verhältnissmässig niedrig sind. Besonders in die Augen fallend ist dieses in Fall 4. Der Patient war hier ein junger, kräftiger Mann, der im Anschluss an ein Trauma von einem Erysipelas

Tabelle

An-

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.	Temperatur. Morgens.	Temperatur. Abends.
1	Karl Alb. E., $4^3/_4$ J.	3. VIII. 96	—	10 Uhr Vorm.	Gemischte Kost.	6500	37,3	37,5
		4. VIII. »		10 » »		6500	37,9	—
2	August S., 42 J., Schmied.	31. VII. 96	—	9,30 Uhr Vorm.	Gemischte Kost.	13100	37,7	38,3
		1. VIII. »		10,15 » »		8100	36,9	—
3	Augusta N. E. A., 14 J.	1. VIII. 96	—	9,30 Uhr Vorm.	Gemischte Kost.	4600	37,5	37,6
4	Ingrid A., 42 J., Aufwärterin.	27. XI. 96	2	12,20 Uhr Mittags	Gemischte Kost.	13400	39	—
		28. XI. »	3	10 » Vorm.		9900	37,8	—
		29. XI. »	4	12 » Mittags		7400	—	—
5	Alfred L., 23 J., Arbeiter.	18. X. 96	2	7,15 Uhr Nachm.	Gemischte Kost.	11500	37,8	38,5
		19. X. »	3	8,15 » »		13000	38,9	39,7
		20. X. »	4			10100	38,6	38,4

XVIII.

gina.

Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Rachen geröthet. Tonsillen angeschwollen, mit kleinen, membranösen Belägen. Halslymphdrüsen angeschwollen. In der Probe kurze, dicke Stäbchen. Nur unbedeutende folliculäre Beläge. Am 4. VII. verbessert entlassen.	Angina membranacea.
Rachen geröthet. Tonsillen angeschwollen, von kleineren und grösseren membranösen Belägen bedeckt. Halslymphdrüsen angeschwollen. In der Probe Coccen + Leptothrix. Am 1. VIII. gesund entlassen.	Angina membranacea.
Rachen etwas geröthet; auf den Tonsillen einige folliculäre Pfröpfchen und kleine lockere Membranen. Halslymphdrüsen ein wenig angeschwollen. In der Probe Leptothrix + Coccen. Am 2. VIII. gesund entlassen.	Angina follicularis.
26. XI. Kopfschmerz, Frieren und Rückenschmerzen. 27. XI. Bedeutende Angina: eiterige Beläge auf den Tonsillen. Tonsillen bedeutend reiner. Die Patientin fühlt sich besser.	Angina follicularis.
Der Patient klagt über Schlingbeschwerden und Kopfschmerzen. Tonsillen geröthet.	Angina catarrhalis.

Tabelle

Erysi-

N:o.	Name und Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.
1	Johan Alf. A., 24 J., Kutscher.	27. X. 96	4	12 Uhr Mittags	Nur Milch.	8200
		28. X. »	5	1,15 » Nachm.		8800
		29. X. »	6	1 » »		9600
		30. X. »	7			14000
		1. XI. »	9	1 » »		13700
		2. XI. »	10	1,30 » »		16300
		3. XI. »	11	1,30 » »		11600
2	Mathilda A., 36 J., Dienerin.	27. X. 96	3		Nur Milch.	21300
		28. X. »	4			22000
		30. X. »	6			13400
		1. XI. »	8			10300
		2. XI. »	9			15100
3	Karl P., 19 J., Steinmetz.	12. XI. 96	2	7,30 Uhr Nachm.	Gemischte Kost.	9400
		13. XI. »	3	7,30 » »		11500

XIX.

pelas.

Bluttrocken-präparate.		Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Mono-nucl.	Eosin.	Morgens.	Abends.		
11,32 %	0/1003	39,3	39,8	Am 24 Okt. Fieberfrost und Fieber (39,3). Am 25 Okt. Röthe und Anschwellung der linken Wange. — Seit langer Zeit Fluss aus dem linken Nasenloch.	Cirrhosis hepatis + Alcoholismus + Erysipelas faciei.
—	—	38,3	40,1	Heute Morgen gelindes Nasenbluten.	
—	—	39	39,6		
—	—	39,3	39,8	Die Röthe fortwährend auf das Antlitz beschränkt; bedeutender Fluss aus der Nase.	
—	—	38,8	40	Schmerzen im Nacken, der sehr druckempfindlich ist. Die Röthe des Antlitzes bedeutend blasser.	
8,66 %	3/1039	38	39,9	Beginnende Röthe im Nacken; Capillitium druckempfindlich. Pat. benommen.	
—	—	37,2	38,1	Die Röthe bedeutend blasser; Benommenheit fast ganz verschwunden.	
				Ord. Antipyrin 1 × 3; Chloral 1,5.	
—	—	40,2	40,7	Am 25. X. beginnende Röthe, Anschwellung und Druckempfindlichkeit vor dem linken Ohre.	Nephritis chron. + Erysipelas.
—	—	40,5	39	Die Röthe über Hals, Nacken und Brust ausgebreitet.	
—	—	38,5	40	Die Röthe, seit gestern auch über den Rücken ausgebreitet, ist heute etwas blasser.	
7,96 %	3/991	38	39,8	Die Röthe auch über den Bauch und das linke Bein ausgebreitet.	
—	—	38,4	39,7	Starke Röthe über den ganzen Rücken ausgebreitet. Der Bauch sehr druckempfindlich.	
				3. XI. Heute gestorben.	
				Pat. anat. Diagnose: Peritonitis pur. + Pleuritis pur. + Nephritis chron. + Tub. pulm.	
16,40 %	4/976	38,2	40,1	Seit 11. X. wegen Insuff. valv. mitr. im Krankenhaus gepflegt. Am 11. XI. wurde im linken Augenwinkel Röthe und Druckempfindlichkeit bemerkt.	Insufficientia valv. mitr. + Erysipelas.
—	—	38,8	40,2	Die Röthe über die ganze linke Hälfte des Antlitzes ausgebreitet.	

N:o.	Name und Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.
3	Karl P., 19 J., Steinmetz.	15. XI. 96	5	8 Uhr Nachm.	Gemischte Kost.	9700
4	Johan L., 32 J., Arbeiter.	11. XII. 96	5	6 Uhr Nachm.	Gemischte Kost.	9400
		12. XII. »	6	12,30 » »		7200
		13. XII. »	7	12 » Mittags		7400
		14. XII. »	8	9,30 » Vorm.		8500
		15. XII. »	9	1 » Nachm.		6800
		16. XII. »	10	1 » »		5400

befallen wurde. Der Process zeigte zwar keine besonders grosse Ausbreitung, die allgemeinen Symptome waren aber recht schwer, und die Abendtemperatur hielt sich in den ersten Tagen auf 40° und darüber. Nur von der ersten Untersuchung kann indessen gesagt werden, dass bei ihr ein sehr geringer Grad von Leukocytose vorhanden war; die übrigen Untersuchungen ergaben dagegen normale Werthe.

Im Uebrigen ist über das Verhalten der Leukocytose bei Erysipelas nicht sehr viel zu sagen. Nach den Untersuchungen der meisten der erwähnten Forscher zu urtheilen, scheint das Sinken der Leukocytencurve auf die normale Höhe oft gleichzeitig damit einzutreffen, dass die Temperatur afebril wird.

In Uebereinstimmung mit ZAPPERT und RIEDER fand ich im höchsten Stadium der Krankheit eine Verminderung (in einigen Fällen ein vollständiges Verschwinden) der eosinophilen Zellen im Blute. Ein gesteigertes procentisches Uebergewicht der polynucleären Leukocyten war während dieser Periode ebenfalls vorhanden.

Bluttrockenpräparate.		Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Mono-nucl.	Eosin.	Morgens.	Abends.		
11,35 %	$^{0}/_{1026}$	38	38,1	Beträchtliches Oedem im ganzen Gesichte und dem oberen Theile des Halses.	Insufficientia valv. mitr. + Erysipelas.
				Am 17. XI, gestorben. *Ord.* Antipyrin.	
				Pat. anat. Diagnose: Erysipelas faciei et reg. colli sin. + Stenosis et insufficientia valvulæ mitralis et insufficientia valv. aortæ.	
16,60 %	$^{0}/_{1019}$	—	40	Im Anfange des Dez. Vulnus contus. capit. 7. XII. Fieberfrost, Kopfschmerzen und allgemeine Mattigkeit. Bei der Aufnahme in das Spital — 11. XII. — Röthe und Druckempfindlichkeit über der Stirn und der rechten Hälfte des Antlitzes.	Erysipelas.
—	—	38,4	40,3		
—	—	38,4	40		
—	—	39,2	39,6	Röthe und Druckempfindlichkeit grösser als vorher. Das Antlitz deutlich angeschwollen.	
16,88 »	$^{28}/_{487}$	37	37,9		
—	—	37,3	—	Der Patient fühlt sich besser. Stirn und Nacken etwas druckempf.	

XIV. Scarlatina.

Bei Scarlatina sind einzelne Leukocytenbestimmungen von HALLA, PICK, v. LIMBECK, REINERT und SADLER ausgeführt worden. PÉE, RIEDER und FELSENTHAL scheinen den Leukocytenverhältnissen bei dieser Krankheit zwar eine etwas grössere Aufmerksamkeit geschenkt zu haben, doch sind die meist umfassenden Untersuchungen von KOTSCHETKOFF ausgeführt worden, der die Veränderungen des Blutes beim Scharlach in einer Abhandlung von 78 Seiten zum Gegenstand seiner Studien gemacht hat.

Meine Untersuchungen umfassen 10 Fälle von Scarlatina, von denen zwei einen tödtlichen Ausgang genommen haben (Tabelle XX).

In Uebereinstimmung mit den meisten anderen Forschern habe auch ich in der Mehrzahl der Fälle eine Vermehrung der Leukocyten im Blute gefunden. Zwei der Fälle (N:o 2 u. 8) gaben indessen bei allen Untersuchungen Werthe, die man wohl als innerhalb der physiologischen Grenzen liegend betrachten darf. Beide Fälle waren besonders gelinde; es ist ja aber mög-

lich, dass eine früher vorgenommene Untersuchung hier eine Leukocytose ergeben haben würde. Sowohl PÉE, RIEDER und FELSENTHAL, wie KOTSCHETKOFF fanden bei Scarlatina stets eine Leukocytose.

Die Leukocytose hielt sich in allen meinen Fällen innerhalb mässiger Grenzen (der höchste Werth war 23,600 in Fall 5). Auch in den Fällen, die zum Tode führten, erreichte die Leukocytose keinen bedeutenden Grad; der eine dieser Fälle ergab sogar bei der zuletzt vorgenommenen Zählung eine normale Anzahl weisser Blutkörperchen. Ich hebe dieses besonders hervor, da es in einem gewissen Grade gegen KOTSCHETKOFF's Erfahrung zu streiten scheint. KOTSCHETKOFF fand nämlich in sämmtlichen Fällen, die einen letalen Ausgang nahmen (nicht weniger als 10), besonders hohe Leukocytenwerthe. Zahlen wie 40,000 und 50,000 sind in diesen Fällen durchaus nicht ungewöhnlich, während in den anderen 14, die einen glücklichen Verlauf hatten, die Anzahl der Leukocyten niedriger war. Gleichwohl war die Anzahl der Leukocyten in den schweren Fällen grösser, als in den leichteren.

RIEDER hat die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, dass die Leukocytose noch fortbestand, als die Temperatur wieder normal geworden war. Dass dieses oft der Fall ist, dürfte auch aus meinen Untersuchungen (Fall 3, 5, 6, 7 u. 9) hervorgehen.

RIEDER's Hypothese, dass das Vorhandensein einer Leukocytose im afebrilen Stadium des Scharlachs andeute, dass die toxischen Substanzen noch nicht aus dem Körper eliminirt seien, ermangelt noch der Stütze exacter Untersuchungen. Gleichzeitig ausgeführte Leukocytenzählungen und Toxicitätsbestimmungen des Harns könnten vielleicht in einigem Masse diese Frage, die wirklich ein ziemlich grosses Interesse hat, näher beleuchten.

Die in den früheren Stadien der Krankheit ausgeführten Bestimmungen der verschiedenen Leukocytenarten zeigten beinahe in allen Fällen eine deutliche procentische Verminderung der mononucleären Leukocyten. Eine bemerkenswerthe Ausnahme von dieser allgemeinen Regel bildet Fall 4, wo am dritten Krankheitstage bei einer Leukocytenzahl von 16,500 eine besonders hohe Procentzahl (30,5) für die mononucleären Zellen erhalten wurde.

Die eosinophilen Zellen finden sich, wie ZAPPERT und andere nachgewiesen haben, bei Scarlatina in besonders reichlicher Menge

im Blute. ZAPPERT, der dasselbe Verhältniss in ein paar Fällen von Erythema acutum fand, misst den acuten Exanthemen »einen thatsächlichen Einfluss auf die Vermehrung der eosinophilen Zellen» bei. Nach KOTSCHETKOFF zeigen die eosinophilen Zellen bei Scarlatina ein ziemlich charakteristisches Verhalten: »In leichten und mittelschweren Fällen ist die Zahl derselben im Beginn der Erkrankung normal oder selbst subnormal; vom zweiten und dritten Tage an steigt sie immer, wenn auch langsam, um in der zweiten oder dritten Krankheitswoche ihr Maximum zu erreichen (8—15 p. Ct.); dann sinkt sie wieder und kehrt in der sechsten Woche zur Norm zurück. In schwereren Fällen findet das Gegentheil statt; die Zahl der eosinophilen Zellen sinkt rasch und ist in wenigen Tagen gleich Null.» Dass die eosinophilen Zellen in verschiedenen Fällen besonders hohe Zahlenwerthe zeigen, habe ich auch zu konstatiren Gelegenheit gehabt (der höchste Werth 6,6 %, Fall 9). In Fall 5 sank die Procentzahl, die im Anfange verhältnissmässig hoch gewesen war, im Laufe der Krankheit so, dass wir in der zweiten Krankheitswoche, wo nach KOTSCHETKOFF's Angabe die Anzahl der eosinophilen Zellen am grössten sein soll, eine so niedrige Zahl wie $^{4}/_{1298}$ oder 0,37 % finden. Möglicherweise können wir in der eintretenden Abscessbildung, die wohl die Ursache der anhaltenden Leukocytose gewesen ist, eine Erklärung für dieses Verhältniss finden.

KOTSCHETKOFF's Angabe, dass sich die eosinophilen Zellen in tödtlich verlaufenden Fällen von Scarlatina vermindern und schliesslich ganz aus dem Blute verschwinden, verdient eine grössere Aufmerksamkeit, als ihr bisher zu Theil geworden ist, da ja eine Untersuchung der Anzahl dieser Zellen Anhaltspunkte für die Beurtheilung der Prognose geben kann. Bei einem Blick auf KOTSCHETKOFF's Tabellen muss man sich über den frappanten Unterschied verwundern, der sich in Bezug auf diese Zellen zwischen den tödtlich verlaufenden und den einen besseren Ausgang zeigenden Fällen findet. Während in den ersten in den Columnen der eosinophilen Zellen die Nullen sehr gewöhnlich sind und bei den letzten Untersuchungen konstant vorkommen, zeigen sie sich beinahe in keinem der übrigen Fälle. Nun hat zwar RILLE in einem Falle von Scarlatina, der einen tödtlichen Ausgang nahm, eine Vermehrung der eosinophilen Zellen im Blute gefunden. Dieser einzelnen Beobachtung kann aber im Vergleich zu den Ergebnissen, die KOTSCHETKOFF bei seinen äusserst zahlreichen und consequent ausgeführten Bestimmungen

Tabelle

Scar-

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.	Bluttrockenpräparate.	
						Mononucl.	Eosin.
1	Signe Maria J., 7 J.	4. VIII. 96	5	Gemischte Kost	[1]) 18800	10,92 %	52/1206
		5. VIII. »	6		16400	—	—
		6. VIII. »	7		15100	12,53 %	40/1052
		7. VIII. »	8		15200	—	—
		9. VIII. »	10		10300	—	—
		10. VIII. »	11		6800	15,66 %	41/1073
		11. VIII. »	12		7900	—	—
		17. VIII. »	18		13800	—	—
		19. VIII. »	20		7500	—	—
		21. VIII. »	22		8000	—	—
2	Elin Fr. Joh. P., $7\frac{1}{2}$ J.	5. VIII. 96	5	Gemischte Kost	8000	—	—
		6. VIII. »	6		4300	—	—
		7. » »	7		4500	—	—
3	Anna Elisab. L., $11\frac{1}{2}$ J.	11. VIII. 96	5	Gemischte Kost	12200	—	—
		12. VIII. »	6		10000	21,21 %	3/1152
		15. VIII. »	9		9000	—	—
		16. VIII. »	10		10500	—	—
		17. VIII. »	11		12800	—	—
		19. VIII. »	13		16800	23,53 %	10/721
		21. » »	15		9500	—	—
		24. VIII. »	18		11000	—	—
4	Herman Ludv. A., $1\frac{3}{4}$ J.	7. VIII. 96	3	Nur Milch	16500	30,5 %	0/1105
		8. VIII. »	4		11600	—	—
		9. VIII. »	5		6000	—	—

[1]) Sämmtliche Zählungen sind zwischen 10 Uhr Vorm. und 2 Uhr Nachm. ausgeführt worden.

XX.

latina.

Temperatur. Morgens.	Temperatur. Abends.	Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
38,2	38,4	Etwas benommen. Lebhaftes, allgemeines Erythem. Starke Röthung des Rachens. Die Tonsillen, besonders die rechte, angeschwollen und mit lockeren, membranösen Belägen bedeckt. Halslymphdrüsen angeschwollen. In Proben von den Tonsillen Leptothrix. 0 Alb.	Scarlatina
37,8	38,8		
38,1	38,8		
38	38,7		
37,6	37,8	Der Belag auf den vorderen Gaumenbögen ausgebreitet.	
37,7	37,8	0 Alb. Allgemeine Abschuppung. Beginnende Reinigung des Rachens.	
37,2	37,4	Rachen gereinigt.	
—	38,4		
37,1	37,2	In der linken Glutealgegend ein kleiner Abscess: Incision.	
37,4	37,6	Am 20. IX. gesund entlassen.	
37,2	37,5	Ziemlich mager, benommen. Erythem am Rücken und auf den Extremitäten. Zunge im vorderen Theil angeschwollen und geröhtet, im hinteren belegt.	Scarlatina
36,8	36,9	Rachen geröthet. Tonsillen angeschwollen, ohne Beläge. In Proben von den Tonsillen Diplococcen. 0 Alb.	
36,6	37,3	12. VIII. Abschuppung. 0 Alb. Am 19. IX. gesund entlassen.	
37,9	39,1	Allgemeinzustand gut. Rachen geröthet. Tonsillen angeschwollen und mit einigen kleinen, lockeren Belägen bedeckt. Zunge belegt, geröthet, mit angeschwollenen Papillen. Allgemeines Erythem. 0 Alb. In Proben von den Tonsillen einzelne Coccen.	Scarlatina
37,5	38,1		
36,8	37,3		
37	37,2		
36,8	—		
—	37,2		
37,2	37,3		
37,3	—	Am 29. IX. gesund entlassen.	
40,6	40,9	Allgemeines Erythem. Rachen geröthet. Tonsillen angeschwollen und ohne Belag. Halslymphdrüsen angeschwollen. In Proben aus dem Rachen und von Nase Staphylococcen. An den Tonsillen lockere, membranöse Beläge.	Scarlatina
40,3	40,3		
40,8	40,2	Krämpfe. Sehr matt und benommen. 10. VIII. Heute Nacht gestorben.	

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.	Bluttrocken-präparate.	
						Mono-nucl.	Eosin.
5	Birger Andr. A., 5 J.	4. VIII. 96	4	Nur Milch	[1])13300	15,85 %	29/1014
		5. VIII. »	5		10400	—	—
		6. VIII. »	6		14200	—	—
		7. VIII. »	7		20800	—	—
		8. VIII. »	8	Gemischte Kost	18800	—	—
		9. VIII. »	9		20400	19,32 %	11/1058
		10. VIII. »	10		12400	—	—
		11. VIII. »	11		10700	—	—
		12. VIII. »	12		17200	—	—
		13. VIII. »	13		16000	26,08 %	4/1298
		14. VIII. »	14		18000	—	—
		15. VIII. »	15		15900	—	—
		17. VIII. »	17		17900	—	—
		19. VIII. »	19		15100	—	—
		21. VIII. »	21		23600	—	—
		24. VIII. »	24		11400	25,61 %	12/1042
6	Gustaf Emil B., $5^1/_2$ J.	17. VIII. 96	8	Gemischte Kost	10500	—	—
		19. VIII. »	10		13100	—	—
		21. VIII. »	12		13300	—	—
		24. VIII. »	15		17300	23,66 %	61/1093
7	Erik Frithiof J., $8^1/_2$ J.	12. VIII. 96	4	Gemischte Kost	18500	8,34 %	36/1150
		14. VIII. »	6		9400	—	—
		16. VIII. »	8		14500	—	—
		17. VIII. »	9		11900	—	—
		19. VIII. »	11		9100	35,40 %	52/1063
		21. VIII. »	13		12100	—	—
		24. VIII. »	16		12600	—	—

[1]) Sämmtliche Zählungen sind zwischen 10 Uhr Vorm. und 2 Uhr Nachm. ausgeführt worden

Temperatur. Morgens.	Temperatur. Abends.	Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
38,9	39,6	Pat. benommen. Allgemeines Erythem. Zunge belegt. Rachen stark geröthet. Tonsillen angeschwollen und mit lockeren, membranösen Belägen bedeckt. In Proben aus dem Rachen und der Nase Staphylococcen + kurze Stäbchen. 0 Alb. 6. VIII. Anschwellung der Halslymphdrüsen.	Scarlatina
38,8	39		
38,1	38,3		
37,6	38		
37,4	37,4		
37,7	37,5	9. VIII. Erythem verschwunden. Abschuppung.	
37,1	37,1	0 Alb.	
37,1	—		
—	—		
—	—		
—	38		
37,7	38		
37,9	38,3	Eine grosse, angeschwollene Drüse an der rechten Seite des Halses.	
37,6	38,7	Die Drüse noch mehr angeschwollen. 20. VIII. Incision; viel Eiter.	
39,2	39,1		
37,3	—	25. VIII. 0 Alb. Am 20. IX. gesund entlassen.	
—	37,6	10. VIII. Allgemeinzustand gut. Rachen geröthet. Tonsillen angeschwollen und mit einigen unbedeutenden, lockeren Belägen bedeckt. Allgemeines Erythem. In Proben von den Tonsillen Staphylococcen. 0 Alb.	Scarlatina
37,2	37,6		
37,1	37,1		
37,4	—	Am 27. IX. gesund entlassen.	
38,8	39,2	Allgemeinzustand gut. Rachen geröthet. Tonsillen beträchtlich angeschwollen und mit unbedeutenden, lockeren Belägen bedeckt. Zunge stark geröthet. Papillen angeschwollen. Allgemeines Erythem. In Proben von den Tonsillen Staphylococcen. 0 Alb.	Scarlatina
37,4	38,3		
37	37,7		
37,5	37,4		
37	37,4		
37,1	37		
36,5	—	Am 30. IX. gesund entlassen.	

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.	Bluttrocken-präparate.	
						Mono-nucl.	Eosin.
8	Karl Osc. Wilh. P., 9 J.	7. VIII. 96	4	Gemischte Kost	[1]) 7300	7,5 %	35/1003
		8. VIII. »	5		6600	—	—
		10. VIII. »	7		9300	28,54 %	44/1101
		11. VIII. »	8		10900	—	—
		15. VIII. »	12		7100	—	—
		17. VIII. »	14		7200	—	—
		19. VIII. »	16		6400	—	—
		21. VIII. »	18		6800	—	—
9	Judit Em. J., 5 1/3 J.	13. VIII. 96	2	Gemischte Kost	16800	6,94 %	72/1084
		14. VIII. »	3		16600	—	—
		15. VIII. »	4		11200	—	—
		16. VIII. »	5		11800	—	—
		17. VIII. »	6		10800	—	—
		19. VIII. »	8		12500	—	—
		21. VIII. »	10		8700	—	—
		24. VIII. »	13		13800	—	—
10	Hilda Maria P., 5 J.	13. VIII. 96	10	Milch.	15800	15,88 %	0/1245
		14. VIII. »	11		15100	—	—
		15. VIII. »	12		17100	—	—
		17. VIII. »	14		16000	—	—
		19. VIII. »	16		17900	12,19 %	16/1167
		21. VIII. »	18		22200	—	—

[1]) Sämmtliche Zählungen sind zwischen 10 Uhr Vorm. und 2 Uhr Nachm. ausgeführt worden.

Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Morgens.	Abends.		
38,1 37,9 37,5 37,5 — — 37,3 37,3	38,6 37,9 38 37,7 — 37,4 37,6 37,6	Gesammtbefinden gut. Allgemeines Erythem. Zunge belegt. Starke Röthung des Rachens. Tonsillen bedeutend angeschwollen und mit kleineren und grösseren, lockeren Membranen belegt. Halslymphdrüsen angeschwollen. In Proben aus dem Rachen und der Nase Staphylococcen. 0 Alb. 9. VIII. Beginnende Abschuppung. 10. VIII. Der Rachen gereinigt. 11. VIII. 0 Alb. 15. VIII. Allgemeine Abschuppung. Am 22. IX. gesund entlassen.	Scarlatina
— 38,5 37,8 38 37,7 — 37 37,6	38,3 39 37,9 37,6 37,3 37,8 37 —	Zwei Geschwister an Scharlach erkrankt. Allgemeinzustand gut. Bedeutende Röthung des Rachens. Tonsillen angeschwollen, ohne Belag. Zunge stark geröthet, mit geschwollenen Papillen. Allgemeines Exanthem, am stärksten an den unteren Extremitäten. 0 Alb. In der Probe von den Tonsillen Staphylococcen. 16. VIII. Beginnende Abschuppung. Am 30. IX. gesund entlassen.	Scarlatina
39,5 39 39,4 38,6 38,9 38,6	39,1 40,1 39,8 40,3 39,3 40,6	Patientin heruntergekommen. Bedeutende Röthung des Rachens. Tonsillen angeschwollen und mit gangränescirenden Belägen bedeckt. Schnupfen. Zunge geröthet. Allgemeines Erythem. Fluss aus dem linken Ohr. Harte, angeschwollene Halslymphdrüsen. 0 Alb. In der Probe von den Tonsillen Leptothrix. Injection von 10 Kbcm. Streptococcenserum (Lyon). 14. VIII. Beläge noch grösser. Fluss aus dem rechten Ohr. 15. VIII. Bedeutende Benommenheit. 18. VIII. Lymphdrüsengeschwulst noch grösser. 20. VIII. Stomatitis. 21. VIII. Auf den Armen und am Rücken Exanthem. 29. IX. Exitus letalis.	Scarlatina

der eosinophilen Zellen erhalten hat, nur eine untergeordnete Bedeutung beigelegt werden. Meine eigenen Untersuchungen scheinen in gewissem Grade geeignet zu sein, die von KOTSCHETKOFF ermittelten Thatsachen zu bekräftigen. Die Fälle 4 und 10 verliefen letal. In dem ersten dieser Fälle ergab die Untersuchung ein vollständiges Fehlen der eosinophilen Zellen ($^{0}/_{1105}$). Der zweite Fall zeigte dasselbe Verhältniss bei der ersten Zählung ($^{0}/_{1245}$). Bei der zweiten Zählung wurde hier indessen der Werth $^{16}/_{1167}$ oder 1,4 % erhalten. Dieser Umstand streitet aber nicht im geringsten gegen KOTSCHETKOFF's Angaben. Unter seinen Fällen mit tödtlichem Verlaufe finden sich verschiedene, die bei einer oder bei mehreren Untersuchungen eosinophile Zellen im Blute zeigten. Nur bei den Zählungen, die in den letzten Tagen vor dem Tode ausgeführt wurden, fehlten die eosinophilen Zellen konstant.

XV. Morbilli.

Dass in nicht komplicirten Fällen dieser Krankheit keine Leukocytose vorkommt, darüber scheinen alle Forscher (PÉE, PICK, v. LIMBECK, RIEDER, FELSENTHAL, CABOT) einig zu sein. RIEDER fand zwar bei einem $3^{1}/_{2}$ Jahr alten Mädchen am dritten Tage nach dem Ausbruch des Exanthem's 15000 Leukocyten im Kbmm. Blut, er sagt aber: »doch möchte ich hierauf bei den im Kindesalter vorkommenden Schwankungen in Betreff der Leukocytenzahl kein besonderes Gewicht legen». Nicht selten kommt, wie es scheint, während des febrilen Stadiums dieser Krankheit anstatt einer Vermehrung eine Verminderung der Leukocyten im Blute vor. So finden wir unter RIEDER's Fällen einen (N:o 6), wo sich am 6. Krankheitstage bei einer Temperatur von 40,5 ° nur 2,700 Leukocyten im Kbmm. Blut fanden. PÉE und FELSENTHAL haben ebenfalls das eine und das andere Mal subnormale Werthe erhalten. In dem ersten von meinen Fällen (Tabelle XXI) zeigten sich am 8. Krankheitstage nur 3,600 Leukocyten im Kbmm. Blut, eine Zahl, die wohl niedriger als normal ist. Der Unterschied, der sich in Betreff der Leukocytenzahl zwischen Scarlatina und Morbilli findet, dürfte in zweifelhaften Fällen als ein differentialdiagnostisches Zeichen angewendet werden können. CABOT zeigt, dass eine Zählung der weissen Blutkörperchen auch von Werth sein kann, wenn es gilt, eine Differentialdiagnose zwischen einem Masern-

ausschlag und einer syphilitischen Roseola zu stellen, welche, wie angegeben wird, von einer Leukocytose begleitet ist.

Nach den bisher ausgeführten Untersuchungen zu urtheilen, scheint sich hinsichtlich der Procentzahlen der verschiedenen Leukocytenarten zwischen den Masern und den meisten anderen Infectionskrankheiten kein wesentlicher Unterschied zu finden. Im Gegensatz zur Scarlatina zeigt die Morbilli keine Vermehrung der eosinophilen Zellen im Blute (Felsenthal und Zappert).

XVI. Febris typhoides.

Das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei Abdominaltyphus ist seit mehreren Jahren der Gegenstand einer Menge von Untersuchungen gewesen. Die ersten mehr umfassenden Leukocytenzählungen bei dieser Krankheit sind von S. J. Sörensen ausgeführt worden. Einzelne Untersuchungen finden sich jedoch schon vorher in der Litteratur erwähnt, so de Pury's im Jahre 1855. Sörensen hat seine Leukocytenzählungen bei Abdominaltyphus in 11 Fällen ausgeführt. Eine deutliche Vermehrung der Leukocyten konnte er nicht konstatiren, wohl aber eine Verminderung derselben, die am deutlichsten in 2 Fällen hervortrat, wo er die nächst niedrigsten Werthe erhielt, die er jemals gefunden hat. Die nächste mehr umfassende Untersuchung über die Anzahl der Leukocyten bei Febris typhoides wurde von Halla (1883) ausgeführt, der dieselben Ergebnisse wie Sörensen erhielt. Während der Fieberperiode trete in der Regel keine Vermehrung der Leukocyten ein. Auch dieser Forscher konnte eine Verminderung der Leukocyten bei dieser Krankheit konstatiren. Namentlich in einem Fall (N:o 36, S. 367) erhielt er Werthe, die so niedrig waren, wie er sie nie bei Gesunden und nur in wenigen Fällen bei Kranken gefunden hat.

Tumas, der über ein besonders reiches Material, 19 Fälle, verfügte, in denen er beinahe 300 Leukocytenzählungen ausgeführt hat, giebt bestimmt an, dass während der Fieberperiode sowohl die relative, wie die absolute Anzahl der weissen Blutkörperchen in der Mehrzahl der Fälle vermindert ist.

Koblanck, Pée, v. Limbeck, Pick, Rieder u. a. haben später die Angaben dieser Forscher durch zahlreiche Untersuchungen bekräftigt.

Tabelle

Mor-

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheits-tag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocyten-zahl im Kbmm.	Bluttrocken-präparate.	
							Mono-nucl.	Eosin.
1	Anna Ch. L., 17 J., Dienerin.	21. XII. 96	8	6 Uhr Nachm.	Gemischte Kost.	3500	28,83 %	0/383
		22. XII. »	9	6 » »		4900	—	—
		23. XII. »	10	6,30 » »		6500	—	—
		26. XII. »	13	6 » »		11600	26,1 %	7/953
2	Martin J., 6 J.	17. XII. 96	4	6,30 » »	Gemischte Kost	6800	13 %	11/315
		21. XII. »	8	6,30 » »		10500	18,3 %	19/1023
		23. XII. »	10	7,15 » »		11500	26,5 %	34/1149

In der Tabelle N:o XXII habe ich versucht, die Ergebnisse zusammenzustellen, welche ich bei meinen Untersuchungen über die Anzahl der Leukocyten bei Abdominaltyphus erhalten habe.

In 19 Fällen habe ich während einer kürzeren oder längeren Zeit der Krankheit die Variationen in der Anzahl der Leukocyten verfolgt. Das Material ist hinsichtlich der Dauer und der übrigen Beschaffenheit der Krankheit reich an Wechselungen gewesen. Sowohl die leichtesten Formen, wie die schwersten, tödtlich verlaufenden finden sich in dieser Tabelle repräsentirt.

Untersuchen wir nun die Werthe für die Anzahl der weissen Blutkörperchen etwas näher, so finden wir, dass sie sich sehr selten auf 9,000 belaufen oder diese Zahl überschreiten. Nur in 4 Fällen (N:o 1, 2, 7 u. 16) finden wir während der Fieberperiode Werthe von 9,000 und darüber. In 3 dieser Fälle lässt sich auch eine annehmbare Ursache dieser Steigerung entdecken. So traten in Fall 1 während des letzten Theiles der Fieber-

XXI.

billi.

Temperatur. Morgens.	Temperatur. Abends.	Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
—	38.4	Am 19. XII. Conjunctivitis und Schnupfen. 21. XII. Reichliches Exanthem über den ganzen Körper. Rachen geröthet. Keine Beläge.	Morbilli.
37,6	38,5		
37,2	37,3	Exanthem bedeutend blasser. Husten und Heiserkeit.	
37,4	37,5	Ohrenzwang, das rechte Trommelfell geröthet (Myringitis?). Am 2. I. 97 gesund aus dem Krankenhaus entlassen. Ord. Rosén.	
38,2	38,8	Krank seit 3 Tagen. Lebhaftes Exanthem über den ganzen Körper ausgebreitet. Conjunctivitis. Husten. Stimme etwas belegt. Ueber den Lungen einzelne Ronchi.	Morbilli.
Afebril.		19. XII. Beginnende Abschuppung. 30. XII. Gesund entlassen. Ord. Inf. Ipec.; Rosén.	
Afebril.			

periode von Zeit zu Zeit Abscesse auf, und es war gerade im Anschluss an die Bildung eines solchen, wo der Werth 9000 erreicht wurde. Vorher hatten auch Steigerungen in der Leukocytenzahl, obwohl von unbedeutender Beschaffenheit, das eine und das andere Mal das Entstehen der Abscesse begleitet. In Fall 7 fanden sich, was man möglicherweise mit den Thrombenbildungen in den unteren Extremitäten in Verbindung bringen kann, während des letzteren Theiles der Krankheit (der 6., 7. und 8. Woche) beinahe konstant Werthe, die einen geringen Grad von Leukocytose angeben.[1]) Fall 16, der in mehr als einer Hinsicht ein grosses Interesse darbietet, zeigte am 129. Krankheitstage, wo die Patientin noch unter dem Einfluss des Infectionsstoffes war, eine deutliche Leukocytose (12,000 Leuko-

[1]) Tumas erwähnt auch einen Fall von Abdominaltyphus, der mit Thrombosis ven. crur. komplicirt war und wo die Leukocytenzahl zur Zeit des thrombotischen Processes zwischen 6,000 und 11,000 variirte.

cyten), die man wohl auf Rechnung des bedeutenden Abscesses schreiben kann, der sich allmählich in der linken Inguinalregion entwickelt hatte.

In Fall 2 konnte keine Ursache der zufälligen Steigerung in der Leukocytenzahl, die am 38. Krankheitstage auftrat, entdeckt werden.

Dass eine Leukocytose bei Abdominaltyphus im Anschluss an eine Komplication auftreten kann, ist von mehreren Forschern hervorgehoben worden. v. Limbeck sagt, dass er dieses das eine und das andere Mal bei Eiterbildungen und Pneumonien gefunden habe. v. Jaksch machte dieselbe Beobachtung bei komplicirenden eiterigen Peritoniten und Pleuriten.

Andererseits finden sich auch Beobachtungen des entgegengesetzten Verhältnisses. Sowohl v. Limbeck, wie Halla und Rieder führen Fälle von Abdominaltyphus an, die von Abscessen und Pneumonien begleitet waren, aber nichts desto weniger ohne Leukocytose verliefen. Einer von meinen Fällen (N:o 19), der mit Pneumonie und Pleuritis komplicirt war und der tödtlich verlief, zeigte ebenfalls keine Leukocytose.

Bei der Rede von der Einwirkung der Komplicationen auf die Leukocytenzahl bei Abdominaltyphus ist auch den Darmblutungen einige Aufmerksamkeit zu schenken. Bekanntlich tritt im allgemeinen im Anschluss an jede reichlichere Blutung eine deutliche Vermehrung der Leukocyten im Blute, eine posthæmorrhagische Leukocytose, auf. In vier Fällen, von denen einer nicht in die Tabelle aufgenommen ist, habe ich Gelegenheit gehabt, nach Darmblutungen bei Abdominaltyphus Leukocytenzählungen auszuführen. Eine Leukocytose habe ich hierbei niemals gefunden. In einem Fall war die Anzahl der Leukocyten nach den Blutungen jedoch grösser als vor denselben (eine relative Leukocytose). In einem der Fälle Koblanck's scheint sich nach einer Darmblutung eine wirkliche Leukocytose entwickelt zu haben.

Während wir also bei einem Abdominaltyphus nur selten, und dann beinahe stets in Folge einer Komplication, eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen finden, können wir dagegen in der grössten Mehrzahl der Fälle eine Verminderung in der Anzahl der Leukocyten, eine Hypoleukocytose, konstatiren. Nimmt man 4000 als den niedrigsten physiologischen Grenzwerth an, so ersieht man aus der Tabelle, dass die Leukocytenzahl diesen Grenzwerth in nicht weniger als in 11 Fällen unterstieg. In Fall 7, der während des ganzen Verlaufes der Krankheit ver-

hältnissmässig hohe Leukocytenzahlen und nicht ein einziges Mal eine Verminderung der Leukocyten zeigte, traten schon früh (am 9. Krankheitstage) Symptome auf, die möglicherweise auf eine beginnende Thrombenbildung in dem einen Beine hindeuten. In Fall 8 war der niedrigste Werth 4,300. Indessen gaben hier die nach der Genesung ausgeführten Zählungen konstant ziemlich hohe Werthe, weshalb wir wohl annehmen müssen, dass bei diesem Patienten der Werth 4,300 den für ihn normalen unterstieg. Fall 13 hatte einen sehr gelinden Verlauf von nur 12 Tagen, doch sind hier die Beobachtungen nicht zahlreich genug, um mit Sicherheit die Möglichkeit ausschliessen zu können, dass in diesem Falle eine Hypoleukocytose vorgekommen ist. Die letzte Bemerkung gilt auch von den Fällen N:o 14, 15 und 16. Die Fälle 17 und 18 waren ebenfalls sehr gelinde, und es ist kaum wahrscheinlich, dass sich in ihnen eine eigentliche Hypoleukocytose gezeigt hat, selbst wenn man auf Grund der von Rieder und anderen Forschern ausgeführten Untersuchungen annehmen muss, dass die Leukocytenzahl bei Kindern höher als bei Erwachsenen ist. In Anbetracht dieser Thatsachen muss ich als meine Ansicht hervorheben, dass bei Abdominaltyphus, wenn der Fall nicht besonders gelinde ist oder eine früh auftretende Komplication auf die weissen Blutkörperchen in entgegengesetzter Richtung einwirkt, in der Regel eine Hypoleukocytose vorkommt.

Diese Hypoleukocytose ist indessen keineswegs während des ganzen Verlaufes der Krankheit deutlich ausgesprochen. Namentlich im Anfange der Krankheit, während der ersten Woche derselben, findet man für die Anzahl der weissen Blutkörperchen beinahe konstant normale Werthe. In der zweiten Woche der Krankheit ist die Hypoleukocytose indessen oft vorhanden, und mitunter erreicht sie schon zu dieser Zeit ihren höchsten Grad. Zumeist trifft dieses jedoch erst in der dritten und das eine und das andere Mal sogar erst in der vierten Woche ein. Es ist auch zu bemerken, dass man während dieser Periode der Hypoleukocytose gewiss nicht immer Werthe unter 4000 antrifft. Wir dürfen nicht vergessen, dass die Leukocytenzahl schon unter physiologischen Verhältnissen recht bedeutenden Wechselungen sowohl im Laufe des Tages, wie von dem einen Tage zum andern unterworfen ist. Es ist deshalb nicht zu verwundern, wenn sich auch bei krankhaften Zuständen analoge Variationen geltend machen. Das eine und das andere Mal kann indessen die Leukocytencurve während des Hypoleukocytosenstadiums einen

ziemlich gleichmässigen Verlauf ohne bedeutende Wechselungen von dem einen Tage zum anderen zeigen. So in Fall 1.

Die geringste Anzahl Leukocyten, die ich während dieser Periode des Abdominaltyphus gefunden habe, ist 1190 oder, wenn man annimmt, dass 5 Mill. die Zahl der rothen Blutkörperchen ist, ein weisses auf 4201 rothe Blutkörperchen. v. LIMBECK fand bei einer Untersuchung 1000 Leukocyten, was wohl der geringste Werth sein dürfte, der bei Abdominaltyphus beobachtet worden ist.

RIEDER fand bei seinen Untersuchungen, dass sich jedes Recidiv durch eine Senkung der Leukocytenzahl zu erkennen gab, sodass er oft aus den Untersuchungen des Blutes auf den Eintritt eines Recidives schliessen konnte. Meine eigenen Beobachtungen scheinen insofern mit RIEDER's übereinzustimmen, als ich in 3 Fällen (N:o 3, 5 u. 9) im Anschluss an ein Recidiv eine Senkung der Leukocytenzahl fand. Senkungen der Leukocytenzahl können indessen dann und wann auch nach Schluss der Fieberperiode vorkommen, ohne dass sich das geringste Zeichen eines Recidives findet.

Mehrere Forscher haben von Zeit zu Zeit hervorgehoben, dass die Hypoleukocytose ein wichtiges differentialdiagnostisches Zeichen sei, durch welches diese Krankheit in zweifelhaften Fällen von einer Menge anderen Krankheiten unterschieden werden könne. PÉE hebt hervor, dass eine Zählung der weissen Blutkörperchen namentlich bei der Unterscheidung zwischen der cerebrospinalen Meningitis, bei welcher Krankheit er eine Leukocytose gefunden hat, und dem Abdominaltyphus (Meningotyphus) den Ausschlag geben könne. RIEDER äussert sich in derselben Richtung und betont, dass die Leukocytenzahl auch für die Unterscheidung einer Pneumonie oder einer Miliartuberculose von Abdominaltyphus von recht grosser Bedeutung sei. Bei Miliartuberculose fand RIEDER im allgemeinen normale Werthe. Ein Fall, wo man wegen der niedrigen Leukocytenzahl den Verdacht hatte, dass ein Abdominaltyphus vorlag, erwies sich indessen bei der Section als eine Miliartuberculose.

Gegen diese »weitgehenden practischen Consequenzen» der Leukocytenverhältnisse bei Abdominaltyphus ergreift GRAWITZ das Wort. In Fällen, die schwer zu diagnosticiren sind, treten gerade sehr oft Komplicationen unter der Form von entzündlichen Processen auf, die an und für sich eine Leukocytose hervorrufen können. Centrale pneumonische Herde sei es in solchen Fällen nahezu unmöglich, mit Sicherheit auszuschliessen. Auf der anderen Seite kommen auch Fälle von Pneumonie vor,

wo die Leukocyten nicht vermehrt seien. Ich muss GRAWITZ in der Hauptsache Recht geben, doch kann ich es nicht unterlassen hervorzuheben, dass unsere differentialdiagnostischen Zeichen oft nur eine relative Bedeutung haben und dass man zwischen der allgemeinen Regel und den Ausnahmen unterscheiden muss. Es findet sich indessen ein anderer Umstand, der in einem höheren Grade als die genannten die differentialdiagnostische Bedeutung der Hypoleukocytose bei Abdominaltyphus einschränkt. Wir haben nämlich in der letzten Zeit in der sogenannten Serumprobe bekanntlich eine für den Abdominaltyphus pathognomonische Reaction erhalten, und es ist klar, dass dieselbe für die Unterscheidung zwischen Abdominal typhus und anderen Krankheiten in zweifelhaften Fällen in erster Hand zur Anwendung kommt.

Was ist nun die Ursache, dass nicht, wie bei vielen anderen acuten Infectionskrankheiten, auch bei dem Abdominaltyphus eine Leukocytose vorkommt? Es sind viele Versuche gemacht worden, dieses eigenthümliche Verhältniss zu erklären. v. LIMBECK ist der Ansicht, dass die langwierige Hungercur, der diese Patienten im allgemeinen unterworfen werden, eine gewisse Bedeutung für das Entstehen der Hypoleukocytose habe. Die eine und die andere aus der Litteratur bekannte Thatsache spricht in gewissen Grade für eine solche Auffassung. So konnte LUCIANI beim Hungerkünstler SUCCI eine Abnahme der Leukocyten von 14530 auf 861 im Kbmm. Blut konstatiren. v. LIMBECK hatte selbst einmal Gelegenheit, eine Leukocytenzählung bei einem Melancholiker auszuführen, der acht Tage lang keine Nahrung zu sich genommen hatte. Er fand bei ihm nur 2800 Leukocyten im Kbmm. Blut. Die von RIEDER und HAYEM bei Thieren angestellten Versuche sprechen indessen gegen die Bedeutung des Hungers für das Entstehen einer Hypoleukocytose. Besonders bemerkenswerth in dieser Hinsicht sind HAYEM's bei einem 5,4 Kgr. wiegenden Lamme ausgeführten Versuche. Während 25 Tagen absoluten Hungerns war die Zahl der weissen Blutkörperchen Fluktuationen unterworfen, die den unter normalen Verhältnissen vorkommenden ähnlich waren, und am vorletzten Hungertage betrug die Anzahl der Leukocyten 6200[1]). v. LIMBECK giebt auch

[1]) POLÉTAEW scheint bei seinen Versuchen (Sur la composition morphologique du sang dans l'inanition etc. Archive des sciences biologiques. Petersb., 1893) zu denselben Ergebnissen gekommen zu sein.

selbst zu, dass man bei dem Abdominaltyphus zuweilen so niedrige Werthe findet, dass man die Ursache derselben anderswo suchen muss.

RIEDER macht auf eine andere Erklärung aufmerksam, die er indessen nicht acceptiren will. Die mehr oder weniger bedeutende Anämie, die sich stets im Verlaufe eines schwereren Abdominaltyphus entwickelt, deute auf einen allmählich geschehenden Zerfall der rothen Blutkörperchen hin. Weshalb sollen dann die weissen Blutkörperchen nicht in derselben Weise den deletären Wirkungen des Giftes unterworfen sein? RIEDER führt gegen eine solche Annahme das Verhältniss an, dass bei Purpura und Scorbut, wo man noch deutlichere Zeichen einer Blutdissolution hat, keine Hypoleukocytose auftritt.

PÉE scheint das Auftreten der Hypoleukocytose bei dem Abdominaltyphus als durch eine specifische Wirkung der Toxinen der Typhoidbacillen erklären zu wollen. GABRITSCHEWKY's, BUCHNER's, SICHERER's Untersuchungen haben indessen gezeigt, dass sowohl die Typhoidbacillen, wie ihre Proteine stark positiv chemotaktisch wirken.

Für die positive chemotaktische Wirkung der Typhoidbacillen dürfte wohl auch der Fund dieser Bacillen in reichlicher Menge in gewissen typhösen Abscessen sprechen. Einer meiner Fälle (N:o 16) kann als ein hübsches Beispiel von diesem Verhältniss bezeichnet werden. In diesem Falle, wo in den bedeutenden Eiteransammlungen der EBERTH'sche Bacillus in ungeheuren Massen und in Reincultur angetroffen wurde, konnte, wie ich bereits schon einmal hervorgehoben habe, eine deutliche Vermehrung der Leukocyten im Blute, eine Leukocytose, konstatirt werden. Dass der EBERTH'sche Bacillus in diesem Falle die wirkende Ursache des Eiterbildungsprocesses war (ein prädisponirendes Moment finden wir im Trauma), ist wohl ziemlich sicher, auch ist es wohl annehmbar, dass er, da sich keine andere Ursache entdecken lässt, direct oder indirect die Leukocytose verursacht hat. Dass also der Typhoidbacillus unter gewissen Verhältnissen eine Leukocytose hervorrufen kann, dieses, glaube ich, muss man wohl zugeben.

Kann nun auch die Hypoleukocytose bei Abdominaltyphus in einen genetischen Zusammenhang mit dem EBERTH'schen Bacillus gebracht werden? Es ist möglich, dass dieses der Fall ist. Der directe Beweis dafür ist aber noch nicht erbracht worden. Es liegt indessen recht nahe zur Hand anzunehmen, dass die Con-

centration der durch die Typhoidbacillen hervorgerufenen Toxinen in GOLDSCHEIDER's und JACOB's Sinne für das Entstehen der Hypo- oder Hyperleukocytose bei Abdominaltyphus entscheidend ist.

Die in der Litteratur vorkommenden Angaben über das procentische Verhältniss zwischen den verschiedenen Leukocytenarten bei Abdominaltyphus sind nicht besonders zahlreich. Die umfassendsten Untersuchungen in dieser Hinsicht sind von USKOW und CHETAGUROW ausgeführt worden. Beide sind zu dem Schlusse gekommen, dass die Procentzahl der neutrophilen (d. h. der polynucleären und polymorphkernigen) Leukocyten während des Fieberstadiums bedeutend vermindert ist und dass die Rückkehr zu normalen Verhältnissen sehr langsam geschieht. Erst 10—11 Wochen nach dem Beginn der Krankheit sollen die normalen Zahlen (ungefähr 75 %) erreicht werden. Die Verminderung in der Anzahl der weissen Blutkörperchen bei Abdominaltyphus geschieht also auf Kosten der polynucleären, die nach USKOW in dem circulirenden Blute zerstört werden. USKOW und CHETAGUROW scheinen indessen anzunehmen, dass gleichzeitig mit dieser Verminderung der polynucleären Elemente nicht nur eine relative, sondern auch eine absolute Vermehrung der Lymphocyten stattfindet.

Auch ich habe, wie aus der Tabelle hervorgeht, in einer Anzahl von Fällen hohe procentische Werthe für die mononucleären Zellen während des Fieberstadiums gefunden. In anderen Fällen ist das Verhältniss aber ein entgegengesetztes gewesen. Es ist wohl anzunehmen, dass in diesen Fällen die auftretenden Komplicationen die Ursache dieses Verhältnisses gewesen sind.

Nach den übereinstimmenden Angaben mehrerer Forscher (MÜLLER, RIEDER, ZAPPERT u. a.) scheinen die eosinophilen Zellen während des Fieberstadiums des Abdominaltyphus wie auch bei den meisten anderen Infectionskrankheiten bedeutend an Zahl vermindert zu sein. Oft konnten bei den ausgeführten Zählungen keine solchen Zellen entdeckt werden. ZAPPERT konnte sogar mehrere Tage nach dem Rückgange der Temperatur auf ihr normales Niveau eine Verminderung in der Zahl der eosinophilen Zellen konstatiren. Die Ergebnisse, zu denen ich selbst gekommen bin, scheinen in der Hauptsache die von den genannten Forschern erhaltenen zu bekräftigen.

Tabelle

Febris

No.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.	Bluttrockenpräparate.	
							Mononucl.	Eosin.
1	Karl J., 19 J., Knecht.	28. IV. 95	9	1,30 Uhr Nachm.	Nur Milch.	6000	17.5 %	0/180
		6. V. »	17	7,30 » »		2300	—	—
		7. V. »	18	7 » »		2500	—	—
		13. V. »	24	11,30 » Vorm.		2500	9 %	0/144
		14. V. »	25	9 » »		3550	—	—
		15. V. »	26	12 » Mittags		8400	—	—
		21. V. »	32	9,15 » Vorm.	Der Patient bekommt auch Wein und Eier.	5000	—	—
		27. V. »	38	12 » Mittags		9000	—	—
		28. V. »	39	9 » Vorm.		7200	—	—
		29. V. »	40	11 » »		7600	—	—
		5. VI. »	47	12,30 » Nachm.		8500	—	—
		6. VI. »	48	» » »		7800	—	—
		7. VI. »	49	6,30 » »		5800	—	—
		9. VI. »	51	12 » Mittags		6000	24,7 %	0/337
		11. VI. »	53	» » »		7300	—	—
2	Anna E., 29 J., Arbeiterin.	17. V. 95	8	5 » Nachm.	Nur Milch.	3400	—	—
		18. V. »	9	12 » Mittags		3100	—	—
		19. V. »	10	11,30 » Vorm.		2900	—	—
		20. V. »	11	12 » Mittags		3300	—	—

XXII.

typhoides.

Temperatur. Morgens.	Temperatur. Abends.	Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
38,1	40,3	Reichliche Roseolen. Milz palpabel. Diazoreaction. Calomel 0,6. Während der folgenden 7 Tage hohes continuirliches Fieber mit Morgentemperaturen von 39,5—40,1 und Abendtemperaturen von 39,8—40,5. Leukocytenzahl: 5900, 4000, 4600, 3500, 4100, 4000, 4100. Am 2. V. ord. Salicyl. Bism. 0,5×3.	Febris typhoid. mit protrahirtem Verlauf.
39,5	40,1		
39,7	40,2	Milz nicht palpabel; Bronchitis. Die folgenden 4 Tage Morgentemp. von 39,2—39,7 und Abendtemp. von 39,9—40,5. Leukocytenzahl: 2200, 1200, *1190* (der niedrigste Werth), 2100, 2300. Am 12. V. die Roseolen verschwunden. Am 11. V. wird Salicyl. Bism. ausgesetzt.	
38,8	39,2		
38,3	39,1	Ein Abscess, der vor dem rechten Ohre sass, wurde incidirt. Die nächsten 5 Tage niedrigere Morgentemperaturen von 38,4—37,2 und Abendtemperaturen von 37,9—39,1. Leukocytenzahl 4200, 3900, 5800, 7400, 6800.	
38	39,2		
37,2	38,3	Allgemeine Furunculosis. Morgentemperaturen von 37,1—37,6, Abendtemperaturen von 38—38,5. Vom 22. V.—26. V. die Leukocytenzahlen 6400, 5600, 7000, 4900, 7700. Am 25. V. 15,7 % mononucl. und 0/268 eosinophile Zellen.	
37,2	38,2	Ein neuer, grösserer Abscess vor dem rechten Ohr wurde incidirt.	
37,6	38	Furunculosis wie vorher. Während der folgenden 6 Tage die höchste Abendtemperatur 37,9. Leukocytenzahl 7700, 6300, 4500, 5400, 5800, 5800. Am 31. V. 24,6 % mononucl. und 1/268 eosinoph. Zellen; am 4. VI. 22,6 % mononucl. und 3/591 eosinophilen Leukocyten. Seit 31. V. bekommt der Patient auch Zwieback.	
37,7	38,8		
36,9	38,2		
37,1	37,6	Ein Abscess wurde incidirt.	
37,2	37,4	Hämoglobingehalt = 50 Fleischl.; Zahl der r. Blutkörperchen = 2,9 Mill.	
36,9	37,5	Der Patient darf das Bett verlassen. Bei den folgenden Leukocytenzählungen, die am 13, 15, 20. VI. und 4. VII. ausgeführt wurden, war die Leukocytenzahl 6300, 6400, 6700 und 6100. Den 20. VI. 38,9 % mononucl. und 0/506 eosinophile Leukocyten.	
37,1	37,9		
—	40	Stark typhöser Zustand. Bedeutende Schwerhörigkeit. Spärliche Roseolen, Milz vergrössert; im Harn Eiweiss, Diazoreaction. Bronchitis. Stühle von charakteristischer Beschaffenheit. Ord. Calomel 0,5.	Febris typhoid. mit protrahirtem Verlauf.
40,2	40,1		
40,2	40,4		
39,9	40,2		

N:o.	Name u. Alter.	Datum.		Krankheitstag.	Zeit der Zählung.			Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.	Bluttrockenpräparate.	
										Mono-nucl.	Eosin.
2	Anna E., 29 J., Arbeiterin.	21. V	95	12	11,15	Uhr	Vorm.		5600	51 %	0/600
		22. V.	»	13	11	»	»		7600	—	—
		23. V.	»	14	11,30	»	»		6100	—	—
		31. V.	»	22	1	»	Nachm.		4300	52,8 %	1/550
		4. VI.	»	26	9	»	Vorm.	Die Patient bekommt auch Eier.	3500	51 %	0/265
		9. VI.	»	31	9,15	»	»		5000	47 %	—
		13. VI.	»	35	9,15	»	»		4400	—	—
		14. VI.	»	36	12,15	»	Nachm.		7800	—	—
		15. VI.	»	37	9	»	Vorm.		6400	—	—
		16. VI.	»	38	9,15	»	»		10500	—	—
		17. VI.	»	39	12,15	»	Nachm.		4400	—	—
		18. VI.	»	40	9	»	Vorm.		7900	35,4 %	0/225
		19. VI.	»	41	11,30	»	»		7550	—	—
		20. VI.	»	42	9,15	»	»		5600	—	—
		21. VI.	»	43	1,30	»	Nachm.		4350	—	—
		22. VI.	»	44	9,15	»	Vorm.		3800	—	—
		24. VI.	»	46	12	»	Mittags		3700	63,9 %	0/574
		28. VI.	»	50	12	»	»		4300	45,7 %	—
		3. VII.	»	55	12,30	»	Vorm.	Fleisch.	6000	—	—
		4. VII.	»	56	12,30	»	»		4700	52 %	1/255
		9. VII.	»	61	4,15	»	Nachm.		4500	36,6 %	1/379
		10. VII.	»	62	7	»	»		4800	—	—
		11. VII.	»	63	12,30	»	»		5100	—	—
3	Theodor B., 25 J., Bedienter.	24. VI.	95	10	11,30	»	Vorm.	Nur Milch.	6000	—	—
		25. VI.	»	11	9,15	»	»		7900	—	—
		26. VI.	»	12	11,35	»	»		6300	—	—
		27. VI.	»	13	12,15	»	Nachm.		6700	—	—
		28. VI.	»	14	11,15	»	Vorm.		4700	—	—
		29. VI.	»	15	11,30	»	»		4300	—	—
		30. VI.	»	16	12,15	»	Nachm.		3500	—	—

Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Morgens.	Abends.		
40	39,8	Die folgenden 23 Tage fortdauernd schwerer typhöser Zustand mit Febris continua (fast immer Abendtemperaturen über 40°). Herzschwäche. Die Leukocytenzahl, die jeden Tag bestimmt wurde, schwankte zwischen 3400 und 5900. Ord. Salicyl. Bism. (14 V.—16 V.) + Tinct. theb. +	Febris thyphoid. mit protrahirtem Verlauf.
39,7	40,4		
39,4	40,2		
39,7	40,2		
39,8	40,4		
39,5	40		
39,9	39,6	Sensorium freier. Das Herz arbeitet besser.	
38,2	39,7		
38,5	39,5		
37,8	39		
38,8	39,5		
38	39,4		
38,1	39,5	Lytischer Temperaturfall.	
37,1	38,3		
37	38,1		
36,9	36,8	Vom 22. VI.—3. VII. fortschreitende Besserung. Leukocytenzahl schwankt zwischen 4200 und 5600.	
36,6	36,8		
36,2	37		
37,2	38,1		
37,7	38,6	Vom 4. VII. bis 9. VII. Fieber (die Abendtemperaturen übersteigen um einige Zehntel 38°). Keine Ursache entdeckbar. Leukocytenzahl 3800, 5200, 3600, 5300.	
37,2	38,2		
36,4	37,3	Volle Reconvalescenz.	
36,5	37,6		
		Zählungen der Leukocyten wurden auch an den folgenden Tagen bis zum 28. VII. ausgeführt. Ihre Zahl schwankte zwischen 6400—8600. Ord. Pill. ferr. Bl.	
		Kein typhöser Zustand vorhanden. Milz palpabel. Keine Roseolen. Gelinde Bronchitis. Durchfall von charakteristischem Aussehen. Calomel 0,6.	Febris typhoides mit protrahirtem Verlauf und 2 Recidiven.
39,1	40,2		
39,2	39,8		
39,2	40,8		
38,4	39,8		
38,7	39,9		
38,8	40	Auftreten von Roseolen in geringer Anzahl.	
39,4	40		

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheits-tag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocyten-zahl im Kbmm.	Bluttrocken-präparate.	
							Mono-nucl.	Eosin.
3	Theodor B., 25 J., Bedienter.	1. VII. 95	17	12,30 Uhr Nachm.	Der Patient bekommt auch Eier, Bouillon und Wein.	2300	—	—
		2. VII. »	18	1,35 » »		1380	—	—
		3. VII. »	19	1 » »		1500	—	—
		4. VII. »	20	5,15 » »		1500	—	—
		5. VII. »	21	12,30 » »		1300	—	—
		6. VII. »	22	12,50 » »		1500	—	—
		7. VII. »	23	10,30 » Vorm.		1300	—	—
		8. VII. »	24	11,45 » »		2400	31,9 %	0/325
		9. VII. »	25	1,15 » Nachm.		1500	—	—
		10. VII. »	26	12,25 » »		1800	—	—
		11. VII. »	27	12 » Mittags		2300	—	—
		12. VII. »	28	11,45 » Vorm.		2200	—	—
		13. VII. »	29	1,30 » Nachm.		2900	—	—
		14. VII. »	30	1 » »		2400	—	—
		15. VII. »	31	8,20 » Vorm.		2300	—	—
		16. VII. »	32	11 » »		2800	—	—
		18. VII. »	34	1 » Nachm.		3700	—	—
		20. VII. »	36			4000	—	—
		22. VII. »	38			4400	—	—
		24. VII. »	40			5200	20 %	3/386
		27. VII. »	43			5000	—	—
		31. VII. »	47		Nur Milch.	4000	—	—
		2. VIII. »	49			4100	—	—
		3. VIII. »	50			4600	—	—
		11. VIII. »	58			5200	—	—
		14. VIII. »	61		Eier und Zwieback.	5600	—	—
		16. VIII. »	63			5400	22,1 %	3/343
							—	—
4	Emma J., 21 J., Magd.	4. VII. 95	10	7,30 » Nachm.	Nur Milch in kleinen Portionen.	4100	—	—
		6. VII. »	12	2,30 » »		4300	—	—
		8. VII. »	14	4,40 » »		5400	—	—
		10. VII. »	16	4,35 » »		3400	—	—
		12. VII. »	18	12,35 » »		3800	—	—
		14. VII. »	20	12,15 » »		3600	—	—

Temperatur. Morgens.	Temperatur. Abends.	Bemerkungen aus der Krankengeschicht.	Diagnose.
39,1	39,7		Febris typhoides mit protrahirtem Verlauf und 2 Recidiven.
39,7	39,9	Der typhöse Zustand wird bedeutender. Sensorium von Zeit zu Zeit benommen. Roseolen reichlicher. Vom 8 VII. war die Milz nicht mehr palpabel. Durchfall.	
39,4	39,4		
39,1	40		
39,1	40,1		
39,4	39,6		
39,2	39,3		
38,8	39,8		
40,2	39,8	Besserung.? Lytischer Temperaturfall.	
38,8	38,9		
37,6	38,1		
37,2	38,1		
36,8	38,2		
37,8	39	Stuhlgang normal. Aufs Neue Temperatursteigerung. Am 13. VII. Auftreten von neuen Roseolen; am 16. VII. Milz wieder palpabel. Der Zustand jedoch ziemlich gut, Pat. klagt nur über Schmerzen in den Beinen. Gesteigerte Reflexe. Am 16 u. 17. Antipyrin 0,5—0,3 gr.	
38,4	39.4		
38,2	38,9		
37,7	38,1		
37,7	38,5		
37	37,7	Bedeutende Besserung. Temperatur afebril.	
36,7	37,3		
37,5	37,5		
38,2	39,5	Eine neue Fieberperiode von 11 Tagen (Recidiv N:o 2). Die Milz am 31. VII. wieder palpabel; keine neuen Roseolen sichtbar. Der Zustand ziemlich gut. Tinct. Strophant. 10 Tr.×3. 5. VIII.—8. VIII. Sulphat. Chin. 0,80 d. d.	
37,9	39,1		
37,8	39		
37,3	37,8	Reconvalescenz.	
36,4	37,6		
36,5	37		
37,8	39,5	Spärliche Roseolen; die Milz vergrössert. Erbsengelbe Stühle. Ord. Calomel 0,6.	Febris typhoides mit Recidiv.
39,2	39,6		
39,5	38,2		
39,3	39,8		
39	39,5		
39,5	39,5		

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.	Bluttrockenpräparate.	
							Mononucl.	Eosin.
4	Emma J., 21 J., Magd.	16. VII. 95	22	1 Uhr Nachm.		3400	—	—
		18. VII. »	24	9,20 » Vorm.		4300	—	—
5	Emil E., 28 J., Telephonarbeiter.	25. X. 95	3	1 » Nachm.	Nur Milch.	8400	—	—
		26. X. »	4	1,45 » »		8050	—	—
		3. XI. »	12	9,30 » Vorm.		4900	27,1 %	1/1024
		4. XI. »	13	11,30 » »		4700	—	—
		5. XI. »	14	9 » »		4300	—	—
		6. XI. »	15	9 » »		6500	—	—
		7. XI. »	16	8 » »		3900	—	—
		15. XI. »	24	12,20 » Nachm.	Vom 9. XI. an bekommt der Pat. jeden Tag auch 2 Eier und Bouillon.	4600	—	—
		16. XI. »	25	6 » »		5100	—	—
		17. XI. »	26	12 » Mittags		6100	—	—
		19. XI. »	28	11,45 » Vorm.		4000	18 %	0/1086
		21. XI. »	30	1 » Nachm.		4300	—	—
		23. XI. »	32	1,15 » »		4800	—	—
		25. XI. »	34	1,30 » »		5300	—	—
		27. XI. »	36	1 » »		4800	—	—
		29. XI. »	38	1,10 » »		4900	—	—
		1. XII. »	40	10 » Vorm.	Der Patient bekommt auch Fleisch. Auch Zwieback.	4200	—	—
		3. XII. »	42	1 » Nachm.		7600	—	—
		6. XII. »	45	12 » Mittags		4700	—	—
		8. XII. »	47	2 » Nachm.		5700	—	—
		10. XII. »	49			—	24,7 %	10/1252
		12. XII. »	50	12 » Mittags		5900	—	—
6	Anna K., 21 J., Magd.	26. X. 95	3	2,30 » Nachm.	Nur Milch.	4300	—	—
		27. X. »	4	12 » Mittags		5400	—	—
		28. X. »	5	11,30 » Vorm.		4300	—	—

Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Morgens.	Abends.		
39,2	39,4		Febris typhoides mit Recidiv.
38,2	39,4		
		Die Patientin, die am 29:sten Krankheitstag fieberfrei war, bekam am 40:sten Krankheitstag ein Recidiv von einer Duration von 8 Tagen. Sie wurde als gesund aus dem Krankenhaus entlassen.	
39,7	40,3	Kopfschmerz; Milz palpabel, Verstopfung. Calomel 0,6.	Febris typhoides mit typischem Recidiv.
38,8	39,7	Diazoreaction. Spärliche Roseolen.	
		Während der folgenden 6 Tage Febris continua mit Abendtemperaturen von 38,3—39,9 und Morgentemp. von 38,3—39,7. Status typhosus. Leukocytenzahl 27. X.—3. XI. 6300, 6400, 6400, 4800, 5500, 5500.	
39,1	39,2	Benommenheit vermindert.	
39	39,2		
39,1	39		
38,9	39,3	Roseolen verschwunden.	
38,6	38,7	Die Milz nicht mehr palpabel.	
		Der Zustand während der folgenden 6 Tage bedeutend besser. Die Temperatur nur einmal, am Morgen des 9. XI. 38°, sonst niedriger. Leukocytenzahl 3900, 3700, 3200, 3500, 5300.	
37,8	38,7		
39,1	40,1		
39,9	40,5	Die Milz ist wieder palpabel.	
39,8	39,6	Neue Roseolen.	
39,1	39,2		
37,5	38,6		
37,4	37		
36,4	36,3		
36	36	Der Zustand bessert sich. Am 2. XII. ist die Milz nicht mehr palpabel; am 4. XII. bekommt der Patient Kleider.	
36,1	36,6		
36,5	36,4		
36,6	37,2		
—	—		
—	—		
—	—	Am 13. XII. hat der Patient als gesund das Krankenhaus verlassen.	
38,2	39,9	Seit 5. X. unwohl, wurde die Patientin am 24. X. bettlägerig. Ord. Calomel 0,6.	Febris typhoides mit protrahirtem Verlauf.
39,2	39,7		
40	40,1		

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheits-tag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocyten-zahl im Kbmm.	Bluttrocken-präparate. Mono-nucl.	Eosin.
6	Anna K., 21 J., Magd.	30. X. 95	7	12 Uhr Mittags		4200	—	—
		5. XI. »	13	10,30 » Vorm.		3900	—	—
		6. XI. »	14	10 » »		3700	—	—
		7. XI. »	15	7,30 » »		3500	—	—
		15. XI. »	22	10 » »	Seit 16. XI. bekommt die Pat. auch Fleisch und Zwieback.	5800	—	—
		17. XI. »	24	11,30 » »		3100	—	—
		1. XII. »	38	11,30 » »		5200	—	—
		3. XII. »	40	11,45 » »		5200	—	—
7	Gustaf K., 27 J., Kutscher.	8. XI. 95	8	12,45 » Nachm.	Nur Milch.	5500	28,2 %	0/925
		9. XI. »	9	1,45 » »		6200	—	—
		10. XI. »	10	8,30 » Vorm.		5800	—	—
		11. XI. »	11	12,35 » Nachm.		6300	—	—
		12. XI. »	12	1,15 » »		6700	—	—
		14. XI. »	14	11,15 » Vorm.		7800	—	—
		16. XI. »	16	1,30 » Nachm.		7400	—	—
		18. XI. »	18	12 » Mittags		6200	—	—
		20. XI. »	20	1,45 » Nachm.		7000	—	—
		22. XI. »	22	1,45 » »		6000	—	—
		24. XI. »	24	11,30 » Vorm.	Auch Eier.	7900	18,1 %	0/1082
		26. XI. »	26	2,15 » Nachm.		8400	—	—
		27. XI. »	27	11 » Vorm.		7700	—	—
		30. XI. »	30	10,30 » »		7000	—	—
		2. XII. »	32	11 » »		6700	—	—
		4. XII. »	34	11 » »		7100	—	—
		6. XII. »	36	1 » Nachm.	Der Pat. bekommt auch etwas Fleisch.	7900	—	—
		8. XII. »	38	12,30 » »		11800	—	—

Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Morgens.	Abends.		
39,6	40,5	Spärliche Roseola-Flecken. Die Milz etwas vergrössert, nicht palpabel. Im Harn Eiweiss; Diazoreaction.	Febris typhoides mit protrahirtem Verlauf.
		Während der folgenden 5 Tage Febris continua mit Abendtemperaturen von 40—41,3 und Morgentemperaturen von 39,6—40. Leukocytenzahl 4700, 6000, 5200, 4300, 4300.	
39,4	40,1	An der Rückenseite beider Lungen feuchtes Rasseln.	
39,3	39,9		
39,2	39,9	Die Roseola-Flecken sind verschwunden.	
		Das Fieber ist fortdauernd hoch mit Morgentemperaturen von 38,1—39,5 und Abendtemperaturen von 39,8—40,4. Leukocytenzahl 3900, 3900, 3400, 2600, 4200; Bronchitis. 10. XI. Zählung auf Trockenpräparate: 37,3 % mononucleäre und $^{1}/_{807}$ eosinophile Leukocyten.	
38,1	39,8	Von dem 17. XI. an sind die Temperaturen unter 38° gewesen. Allmähliche Besserung. Leukocytenzahl 4500, 5300, 5300, 7100, 5800, 5000 (Zählungen jeden zweiten Tag).	
37,2	38,7		
		Während der Zeit vom 30. XI.—2. XII. Abendtemperaturen von 38,1—38,3. Sonst Wohlbefinden. Keine Zeichen eines Recidives. Seit 5. XII. normale Temperatur. Reconvalescenz. Zählungen am 5, 7, 9, 11 und 16. XII. gaben resp. 4900, 4800, 4100, 6800, 6800 Leukocyten.	
37,5	38,3		
37,6	37,8		
39,4	40	Leicht typhöser Zustand. Reichliche Roseola. Milz palpabel. Verstopfung.	Febris typhoides mit protrahirtem Verlauf und Thromben in den beiden unteren Extremitäten.
39	39,4	Empfindlichkeit in der rechten Kniebeuge. Ord. Calomel 0,60.	
38,7	39,9		
39,1	40,1		
39,2	40,2		
39,6	40,6	Stark typhöser Zustand. Thrombus in der Vena popl. dxt. Der Patient bekommt jeden zweiten Abend 1 Gm. Chloral. Stühle von charakteristischer Beschaffenheit.	
39,5	39,7		
40,3	40,3		
38,4	39,5		
38,2	40,2	Die Roseola-Flecken sind werschwunden.	
39	40,5		
38,4	39		
38	39		
38,1	38,8		
38,7	38,6		
38,7	38,2		
36,6	38,5		
38,3	38,5	Gestern deutliche Zeichen eines Thrombus in der linken Vena popl. und saphen. parv.	

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.	Bluttrockenpräparate.	
							Mononucl.	Eosin.
7	Gustaf K., 27 J., Kutscher.	10. XII. »	40	1 » Nachm.		9300	—	—
		13. XII. »	43	1,30 » »		10000	—	—
		15. XII. »	45	1,10 » »		9500	—	—
		18. XII. »	48	12,30 » »		9900	18,9 %	⁰/1125
		21. XII. »	51	5 « »		10700	—	—
		23. XII. »	53	2 » »		9700	—	—
		27. XII. »	57	1,30 » »		9600	—	—
		30. XII. »	60	12 » Mittags		7600	—	—
		2. I. 96	63	1 » Nachm.	Zwieback.	10800	—	—
		5. I. »	66	1 » »		8000	—	—
8	Gustaf S., 33 J., Arbeiter.	12. XI. 95	10	2 » »	Nur Milch.	5600	—	—
		14. XI. »	12	12,15 » »		5500	—	—
		16. XI. »	14	12,30 » »		5600	—	—
		18. XI. »	16	12,45 » »		4700	—	—
		20. XI. »	18	6,45 » »		4300	22,5 %	⁰/1074
		22. XI. »	20	2 » »		6200	—	—
		24. XI. »	22	2 » »		4600	—	—
		26. XI. »	24	11,15 » Vorm.		5900	—	—
9	Carl B., 33 J., Töpfer.	27. XI. 95	8	9 » Nachm.	Nur Milch und Eier.	5500	—	—
		30. XI. »	11	12,15 » Vorm.		4900	—	—
		2. XII. »	13	1,30 » Nachm.		4600	—	—
		16. XII. »	27	7 » »		3000	—	—
		21. XII. »	32	6,30 » »		5700	—	—
		27. XII. »	39	11,30 » Vorm.	Fleisch.	4700	—	—
		31. XII. »	43	1 » Nachm.		4400	53,8 %	²/939
		5. I. 96	48	1,30 » »		4200		

Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Morgens.	Abends.		
38,3	37,9		Febris typhoides mit protrahirtem Verlauf und Thromben in den beiden unteren Extremitäten.
38,4	37,8		
38,6	38		
38,9	39,1		
37,8	38,1	Allmähliche Besserung.	
37,8	37,4		
37,8	38,8		
37,4	37,6		
37,7	37,8		
37,3	37,9	Die Temperatur während der folgenden Tage afebril. Reconvalescenz. Leukocytenzahl 12, 19, 28. I. 7500, 6200, 6200; 3 und 5. II. 4100, 4800. Am 19. I. Zählung auf Trockenpräparat 28,4 % monon. $^{12}/_{1200}$ eosin.	
39,3	40,4	Kein typhöser Zustand vorhanden. Milz vergrössert, nicht palpabel. Spärliche Roseolen. Im Harn ein wenig Eiweiss. Diazoreaction. Verstopfung. Ord. Calomel 0,60.	Febris typhoides. Leichter Verlauf ohne Komplicationen.
38,7	40		
38,7	40,3		
38,6	39,9		
38,6	39,6		
38.4	39,5		
37,7	38,8		
37,2	37,5	Die Roseolen sind verschwunden. In den folgenden Tagen normale Temperatur. Die Reconvalescenz schreitet fort. Leukocytenzahl 6000, 6400, 6800, 8400, 8000, 8600 (Zählung jeden zweiten Tag). Am 12. XII. Zählung auf Trockenpräparat: 32,6 % monon. $^{12}/_{882}$ eosinophile Leukocyten.	
38,5	39,3	Kein Status typhosus, keine Roseolen, kein Milztumor. Am 25., 26. und 27. XI. blutige Stühle. Reichlicher katarrhalischer Auswurf. Ord. Eis u. Ergotin. dialysat. 0,20, Inj. Blutuntersuchung am 28. XI. Hämoglobingehalt = 30 Fleischl. Zahl d. r Blutkörperch. = 2 Mill.	Febris typhoides mit protrahirtem Verlauf; Recidive und Komplicationen von Darmblutungen und schwerer secundärer Anämie.
38,4	39.2	Grosse Hinfälligkeit. Temperaturen von 38,4—39,9.	
39	37,7		
39,3	40,3	Die Temperatur, die einige Tage tiefere Remissionen zeigte, ist seit 7. XII. wieder höher mit Abendsteigerungen von 39,3—40,3°. Fortfahrend reichliches Expectorat. Blutuntersuchung: Hämoglobingehalt = 35 Fleischl; Zahl d. r. Blutkörperchen = 2,4 Mill.	
37,8	39		
36,8	37,8		
36,8	37,2		
36,8	37,6	Normale Temperatur nach Lysis. Der Patient fühlt sich besser.	

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.	Bluttrockenpräparate.	
							Mono-nucl.	Eosin.
9	Carl B., 33 J., Töpfer.	8. I. 96	51	1 Uhr Nachm.		3500	—	—
		11. I. »	54	1,30 » »	Wieder nur flüssige Nahrung.	3200	56,8 %	0/720
		15. I. »	58	2 » »		3700	—	—
		18. I. »	61	1 » »	Fleisch Zwieback.	4500	—	—
		27. I. »	70	7 » »		5000	—	—
		6. II. »	80	3 » »		5600	—	—
		22. II. »	96	1 » »		5700	37,6 %	19/970
10	Axel Ö., 21 J., Arbeiter.	31. I. 96	15	Nachm.	Nur Milch.	3150	—	—
		2. II. »	17	»		5000	—	—
		4. II. »	19	1,10 » »		2900	—	—
		6. II. »	21	1,30 » »		2100	28,2 %	0/1092
		8. II. »	23	1,15 » »		4500	—	—
11	Jonas J., 31 J., Tischler.	16. IV. 96	15	1,30 » »	Nur Milch.	4300	—	—
		17. IV. »	16	2 » »		2800	—	—
		19. IV. »	18	2 » »		2900	—	—
		21. IV. »	20	2 » »		5200	—	—
		23. IV. »	22	1,30 » »		4100	—	—
		25. IV. »	24	1 » »		3200	—	—
		27. IV. »	26	1,30 » »		4000	—	—
		2. V. »	31	7 » »	Der Patient bekommt auch Fleisch und Eier.	4000	43,1 %	0/336
		6. V. »	35	1,30 » »		3600	—	—
12	Emma E., 42 J., Bäuerin.	16. VI. 96	8	6 » »	Nur Milch.	3000	—	—
		18. VI. »	10	12,45 » »		2500	—	—
		21. VI. »	13	12,30 » »		2500	44,2 %	0/748
		26. VI. »	18	1 » »		2700	—	—

Temperatur. Morgens.	Temperatur. Abends.	Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
37,3 38,9 37,8	38,6 39,9 38,7	Die Temperatur, die mehr als zwei Wochen normal gewesen ist, ist seit 7. I. wieder febril und zeigt vom 7. I.—17. I. einen für den Abdominaltyphus typischen Verlauf. Am 10. I. Milz palpabel. Ord. Phenacetin 0,5.	Febris typhoides mit protrahirtem Verlauf; Recidive und Komplikationen von Darmblutungen und schwerer secundärer Anämie.
36,5 36,7 36,8	37,8 37 36,7	Reconvalescenz. Am 27 I. Blutuntersuchung. Hämoglobingehalt = 55 Fleischl. Zahl d. r. Blutkörperchen = 3,5 Mill. Am 7. II. Hämoglobingehalt = 60 Fleischl. Zahl d. r. Blutkörperchen = 3,9 Mill.	
Afebril.		Nach der Entlassung aus dem Krankenhause zeigt sich der Patient wieder am 22. II. Er fühlt sich gesund. Blutuntersuchung giebt Hämoglobingehalt = 70 Fleischl. Zahl d. r. Blutkörperchen = 4,1 Mill.	
40,1 39,8 40,2 40,1 39,4	40,3 40,3 40,7 39,1 39,8	Am 29. I. bedeutende Darmblutung. 30. I. Spärliche Roseolen und bedeutender, palpirbarer Milztumor. Grosse Schwäche und Hinfälligkeit während der folgenden Tage. Hohes Fieber mit Abendtemperaturen über 40°. Ord. Tinct. thebaic. + Bi. Morgens am 7. II. Temp. 37,9°, darnach wieder Temperaturen über 39. Grosse Hinfälligkeit, Delirien. Am 10 II. bedeutende Verschlimmerung des Zustandes, Meteorismus und grosse Empfindlichkeit des Bauches. Exitus. Pat. anat. Diagn.: Ulcera typh. intest. c. perforatione. Peritonitis ac. + Pleuritis fibrinos. ac. + Bronchitis ac. (MANNHEIMER.)	Febris typhoides mit Komplicationen von Pleuritis; Darmblutungen und perf. Peritonitis.
40,3 39,2 38,8 39,2 39,3	40,7 39,8 40,3 39,6 39,7	Status typhosus. Reichliche Roseolen, grosser und palpabler Milztumor. Im Harn Eiweiss, Diazoreaction; Verstopfung. Zählung auf Trockenpräparaten am 16. IV. giebt 46 % monon. und ⁰/₃₇₈ eosinophile Leukocyten.	Febris typhoides ohne Komplicationen.
38,4 38 37,6	38,9 38,6 38,2	Allmähliche Besserung; Lysis.	
37,3	37,7	Seit 5. V. normale Temperatur, Reconvalescenz. Milz noch am 20. V. palpabel, aber nicht am 22. V. Blutuntersuchung an denselben Tag Hämoglobingehalt = 80 Fleischl, Zahl d. r. Blutkörperchen = 3,7 Mill. Leukocytenzahl 9., 13., 18., 22. V. = resp. 5700, 7200, 6000, 5900.	
39,7 39,5 39.4 38,2	40,4 40,3 39,7 39,2	Status typhosus. Febris continua. Kein Milztumor. Keine Roseolen. Die Patientin starb nachher am 26. VII. in einem Recidiv mit Komplicationen von Abscessen. Pat. anat. Diagn.: Ulcera typhos. intest. + Abscess. miliar. subphren. + Infarct. hæmorrh. pulm. (QUENSEL).	Febris typhoides mit Komplicationen von Abscessen.

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheits-tag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocyten-zahl im Kbmm.	Bluttrocken-präparate. Mono-nucl.	Eosin.
13	Sigrid S., 18 J., Dienerin.	8. IV. 95	4	Vormittags	Milch	5900	—	—
		11. IV. »	7	»		6250	—	—
		16. IV. »	12	12 Uhr Mittags	Eier	5400	—	—
		20. IV. »	16	» » »		6800	—	—
		24. IV. »	20	1 » Nachm.	Zwieback	7500	—	—
14	Lovisa L., 34 J., Haushälterin.	9. IV. »	10	7,30 » »	Nur Milch	5000	—	—
15	Carl E., 22 J., Stallknecht.	16. VI. 96	9	6,15 » »	Milch	4300	—	—
		17. VI. »	10	12,30 » »		5300	—	—
		19. VI. »	12			5400	36,1 %	4/1051
		22. VI. »	15	11 » Vorm.		6000	—	—
		25. VI. »	18	12 » Mittags		5700	—	—
16	Mathilda N., 53 J., Frau.	6. X. 96	67	9,20 » Vorm.	Gemischte Kost	5000	—	—
		16. X. »	77	12,30 » Nachm.		5400	—	—
		7. I. 97	129	2,30 » »		12000	17,1 %	2/1084
71	Albert A., 6 J.	10. X. 96	5	8 » Nachm.	Milch	7300	—	—
		12. X. »	7	5,40 » »		6100	—	—
		13. X. »	8	1,30 » »		8200	—	—
		15. X. »	10	7,30 » »		7600	—	—
		17. X. »	12	8,15 » »		11500	—	—
		19. X. »	15	7,30 » »		7600	—	—
18	Karl A., 3 J.	10. X. 96	5	8, » »	Milch	7100	—	—
		12. X. »	7	5,40 » »		7000	—	—
		13. X. »	8	1,30 » »		7000	—	—
		15. X. »	10	7,30 » »		8400	—	—
		17. X. »	12	8,15 » »		9000	—	—
		19. X. »	13	7,30 » »		7800	—	—

Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Morgens.	Abends.		
39,5	39,4	Schwach typhöser Zustand. Am 10. IV. spärliche Roseolen. Milz vergrössert. Durchfall. Tonsillen bedeutend vergrössert. Schmerzen beim Schlucken am 8. X. Ord. Calomel. 0,80.	Febris typhoides (leichter Verlauf ohne Komplicationen).
39,2	39,8		
36,7	37,6	Milz palpabel.	
36,5	37,6	Allmähliche Besserung. Temperatur afebril.	
36,8	37,2		Febris typhoides mit Komplication v. perf. Peritonitis.
38,5	39	Exitus am 16 IV. an Peritonitis pur. perf.	
38,9	40,1	Schwach typhöser Zustand. Durchfall. Am 17. VI. spärliche Roseolen sichtbar.	Febris typhoides.
39	39,9	Gelinde Bronchitis. Ord. am 16. VI. Antipyrin 1.	
39	39,8		
38,9	39,6		
39,3	40	Der Patient wurde erst am 40:sten Tage fieberfrei (Komplication von Otitis med. sin.).	
37	38,2	Die Patientin, die seit Anfang August 1896 an Fieber mit unregelmässigem Verlauf gelitten hatte, bekam einige Tage vor der Fieberperiode einen schweren Schlag auf die linke Hüfte. (Fractura colli femoris? Prof. Berg). Von dieser Zeit ab Schmerzen im Beine, das auch geschwollen und nach aussen rotirt geblieben ist. Von Zeit zu Zeit ist das Blut nach der Methode von Gruber und Vidal (D:r Jundell und Verf.) mit positivem Erfolg untersucht worden. Allmählich bildete sich ein schmerzhafter Tumor in der linken Inguinalregione aus. Die am 8. I. ausgeführte Probepunction gab Eiter, der eine Reincultur vom Bacillus typhosus (Eberth) enthielt.	Febris typhoides mit Komplication von Abscess.
37	38,4		
37,4	38,6		
39,3	39,4	Milz vergrössert, nicht palpabel. Gruber-Vidals Reaction (D:r Jundell) Calomel 0,15.	Febris typhoides (leichter Verlauf ohne Komplicationen).
37,9	38,9	Spärliche Roseolen. Gelinder Durchfall.	
37,9	39,1		
37,8	38,3		
37,4	38,6	Die Roseola-Flecken sind verschwunden.	
36,8	38		
38,5	36,8	Bruder des vorigen Patienten. Klagte die ersten Tage über Kopfschmerz. Keine Roseolen, kein Milztumor. Die Serumprobe giebt jedoch einen positiven Ausschlag (Jundell). Am 10. X. Ord. Calomel 0,1.	Febris typhoides laeviss.
36,4	36,6		
36,6	36,6		
37	37,7		
36,8	36,5		
36,7	37		

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.	Bluttrockenpräparate.	
							Mononucl.	Eosin.
19	Elin M., 17 J., Dienerin.	4. XI. 96	24	8 Uhr Nachm.	Milch	3600	58,2 %	0/1034
		8. XI. »	28	9,30 » »		3700	68,7 %	0/1057
		9. XI. »	29	8,30 » Vorm.		2700	—	—
		» » »	»	1,30 » Nachm.		5200	—	—
		» » »	»	9 » »		4000	—	—
		12. XI »	32			4500	33,2 %	0/1333
		13. XI. »	33	12 » Mittags		3600	—	—
		14. XI. »	34			2300	—	—

XVII. Andere Krankheiten.

1. *Tuberculosis.* Zahlreich sind die Untersuchungen, die man über die Veränderungen des Blutes bei der Tuberculose ausgeführt hat. Bei diesen Untersuchungen sind auch die weissen Blutkörperchen ein Gegenstand der Studien geworden, und namentlich scheinen sie in den letzten Jahren die Aufmerksamkeit in hohem Grade auf sich gelenkt zu haben. Ich werde in dieser kurzgefassten Zusammenstellung nicht näher auf die sehr umfassende Litteratur über diesen Gegenstand eingehen. Unter den Forschern, die sich mit ihm beschäftigt haben, will ich hier nur Sörensen, Halla, Neubert, v. Limbeck, Pick, Reinert, Sadler, Rieder, Strauer, Stein und Erbmann nennen. Man scheint nunmehr darüber ziemlich einig zu sein, dass der tuberculöse Process an und für sich keine Vermehrung der weissen Blutkörperchen hervorruft. Zahlreiche Untersuchungen haben auch dargethan, dass die weissen Blutkörperchen sowohl bei Lungentuberculose und Tuberculose in der serösen Häuten, wie bei Miliartuberculose trotz vorhandenem, mehr oder weniger

Temperatur. Morgens.	Temperatur. Abends.	Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
40,2	40,4	Stark typhöser Zustand. Milz palpabel. Die vorher reichlichen Roseolen sind nunmehr verschwunden. Durchfall.	Febris typhoides mit Komplicationen von Pneumonie, Empyem und seröser Pleuritis.
39,2	39,4	Die vorige Nacht und diesen Abend Abgang von grossen Blutmengen per Rectum. Am 7 Uhr Vorm. und 12,15 U. Nachm. neue Blutungen (per Urethram?) Ord. Ergotin. dialys. 0,2×2, Antipyrin 1. Blutuntersuchung 9 U. Nachm. Hämoglobingehalt = 70 Fleischl. Zahl d. r. Blutkörperchen = 3,3 Mill.	
39,4	40,1		
—	—		
—	—	Bronchiales Athmen und Knisterrasseln über der unteren Hälfte der rechten Lunge hinten. Bedeutende Verschlimmerung des Zustandes.	
39	39,8		
40,1	39,9		
40,7	40,7	Exitus. Die Section bestätigte die klinische Diagnose Febris typhoides + Pneumonia acut. dxt, zeigte aber auch einen eiterigen Erguss in der rechten und einen serösen in der linken Pleurahöhle.	

hohem Fieber oft in normaler Anzahl vorkommen. Secundäre Infectionen werden als die Ursache der Vermehrung der Leukocyten angesehen, die man nicht selten bei tuberculösen Processen findet (v. LIMBECK, STEIN und ERBMANN)[1]).

Dem Fehlen der Leukocytose bei einem Theil der tuberculösen Affectionen, wo keine Secundärinfectionen vorhanden sind, haben v. LIMBECK und RIEDER eine gewisse differentialdiagnostische Bedeutung beigelegt. Da die Bronchitis und auch die Meningitis purulenta und epidemica von Leukocytose begleitet, so könne man mit Hilfe dieses Zeichens eine tuberculöse Meningitis von dieser Krankheiten sowie eine Miliartuberculose von einer diffusen, mit Fieber verlaufenden Bronchitis unterscheiden. Wir dürfen indessen nicht vergessen, dass die tuberculöse Meningitis und die Miliartuberculose von einer mässigen Vermehrung der weissen Blutkörperchen begleitet sein *können*.

---

[1]) Durch eine umfassende Untersuchungsserie (40 Fälle) sind STEIN und ERBMANN zu dem Schlusse gekommen, dass eine Leukocytose bei Tuberculosis nur unter folgenden Bedingungen vorkommt: 1) bei Cavernenbildung, 2) bei chronischen Eiterungen als Folge cariöser Processe, 3) bei terminalen exsudativen Entzündungsprocessen, 4) bei Hyperplasie der Lymphdrüsen.

Von 3 Fällen, die unter dem klinischen Bilde einer tuberculösen Meningitis verliefen, zeigten 2 bei den von mir vorgenommenen Zählungen eine deutliche Leukocytose (12,600 und 13,600 Leukocyten). RIEDER selbst fand in einem Fall 14,400 Leukocyten im Kbmm. Blut. In beiden meinen Fällen liess sich indessen bei der Section konstatiren, dass Tuberculose auch in andern Organen vorhanden gewesen war; namentlich haben sich bei derselben die Lungen mit Tuberkeln übersäet gezeigt. In 3 anderen Fällen, wo die klinische Diagnose: Tuberculosis miliaris bei der Section bestätigt wurde, wurden für die weissen Blutkörperchen ziemlich hohe Werthe (9,200, 10,700 und 14,900) erhalten. CABOT führt in seiner Monographie 8 Fälle von Miliartuberculose ohne Leukocytose an. Von den übrigen 3 Fällen, in denen sich eine geringe Vermehrung der Leukocyten fand, war einer mit Cavernenbildung vereinigt und der zweite mit einer hypertrophischen Lebercirrhosis komplicirt. Auch bei der unkomplicirten tuberculösen Peritonitis soll die Leukocytose fehlen (CABOT u. a.). Wenn also in einem gegebenen Fall die Diagnose zwischen Tuberculose und nicht Tuberculose schwankt, dürfte das Fehlen der Leukocytose in gewissem Grade für eine Tuberculose sprechen, wogegen das Vorkommenen einer Vermehrung der weissen Blutkörperchen keineswegs die Möglichkeit ausschliesst, dass das fragliche Leiden tuberculöser Natur ist.

2. *Septische Processe.* In Betreff des Einflusses der septischen Processe auf die Anzahl der weissen Blutkörperchen haben sich bei den Autoren die verschiedensten Ansichten geltend gemacht. v. LIMBECK konnte bei Sepsis puerperalis absolut keine Leukocytose nachweisen, während SADLER in einem solchen Fall eine schwache Andeutung von einer Vermehrung der weissen Blutkörperchen fand, welche Vermehrung er jedoch als eine Folge des Wochenbettes ansah. KREBS konnte nur unmittelbar vor oder nach einem Schüttelfrost eine Vermehrung der Leukocyten im Blute konstatiren. Die meisten anderen Forscher, RIEDER, HAYEM, SCHULTEN, PATRIGEON, ROSCHER, u. a., haben gleichwohl eine mehr oder weniger hochgradige Vermehrung der weissen Blutkörperchen bei eiterigen Processen nachgewiesen. Alle die Fälle von septischen Infectionen, die ich Gelegenheit gehabt habe zu untersuchen und von denen ein Theil in meinen Tabellen zu finden ist, zeigten eine Leukocytose. Die Ursache, dass sich in Betreff des Verhaltens der Leukocytose bei Sepsis

so verschiedene Ansichten geltend gemacht haben, ist wohl nunmehr, nachdem TSCHISTOWITSCH und andere Forscher durch experimentelle Untersuchungen neues Licht über die Genesis der Leukocytose verbreitet haben, nicht schwer zu finden. Schon im Kapitel von der Pneumonie habe ich Gelegenheit gehabt darauf hinzuweisen, dass nicht nur die gelindesten, sondern auch die schwersten Grade der Infection keine Vermehrung der weissen Blutkörperchen hervorrufen. Dasselbe Verhältniss dürfte sich auch in Betreff der septischen Processe geltend machen. Diese Ansicht ist, gerade in Bezug auf diese Processe, vorher von CABOT ausgesprochen worden, und v. LIMBECK scheint geneigt zu sein, sie, wenigstens theilweise, zu acceptiren. Er sagt nämlich: »wir könnten dann vielleicht weiter schliessen, dass die Leukocytose erregende Wirkung dieser Pilze (Staphylococcen und Streptococcen) als ein Zeichen der Abschwächung ihrer relativen Virulenz gegen den bestimmten Organismus aufzufassen ist.»

Es ist mir als zweckmässig erschienen, in diesem Kapitel der Anzahl der Leukocyten bei einem Theil anderer Infectionskrankheiten einige Aufmerksamkeit zu schenken. Hierbei muss ich mich, da ich selbst keine Gelegenheit gehabt habe, bei diesen Krankheiten Leukocytenbestimmungen auszuführen, auf die Angaben anderer Forscher stützen.

3. *Variola.* Bei dieser Krankheit sind besonders ausführliche Untersuchungen von R. PICK (in 42 Fällen) ausgeführt worden. Bei den leichtesten Fällen trat während des ganzen Verlaufes der Krankheit keine Leukocytose auf. Schwerere Formen zeigten, wenn sie ohne Komplicationen waren, im ersten Stadium trotz vorhandenem hohen Fieber (40° und darüber) ebenfalls keine Vermehrung der weissen Blutkörperchen. Erst im Suppurationsstadium trat eine Vermehrung der Leukocytenmenge auf. Die schwersten Formen zeigten einen ähnlichen Verlauf, jedoch mit dem Unterschied, dass die Leukocytose hier von längerer Dauer war. PICK kommt zu dem Schlusse, dass die Blatterninfection per se keine Vermehrung der Leukocyten hervorruft, da sich im Initialstadium, und während das Fieber am höchsten ist, keine Leukocytose findet (cit. nach v LIMBECK).

4. *Cholera asiatica.* Diese Krankheit verläuft nach VIRCHOW HAYEM und BIERNACKI mit Leukocytose. Nach dem letztge-

nannten Forscher findet namentlich im Stadium algidum eine bedeutende Vermehrung der weissen Blutkörperchen statt. Die Fälle, welche in diesem Stadium die höchsten Leukocytenzahlen zeigten, nahmen im allgemeinen einen ungünstigen Verlauf. Doch finden sich auch ein Theil Fälle mit einem niedrigeren Grad von Leukocytose in diesem Stadium, die einen schlechten Ausgang nahmen (cit. nach v. LIMBECK).

5. *Typhus exanthematicus.* Die Angaben über die Anzahl der Leukocyten bei dieser Krankheit scheinen einander zu widersprechen. Während TUMAS in 1 und EWING in 4 Fällen derselben keine Vermehrung der weissen Blutkörperchen zu konstatiren vermochten, haben andere Forscher (EVERARD, DEMOOR und WILKS, cit. nach CABOT) bei ihr eine Leukocytose gefunden.

6. *Febris intermittens.* BOEKMANN giebt an, bei dieser Krankheit eine Vermehrung der Leukocytenmenge gefunden zu haben. Andere Autoren, HALLA, v. LIMBECK, PÉE, GRAWITZ u. a. haben dagegen keine Leukocytose konstatiren können. Einige dieser letztgenannten Forscher fanden sogar während der Fieberperiode eine Verminderung der Leukocytenmenge im Blute, welcher Verminderung beim Beginn der Regeneration des Blutes ein schnelles Ansteigen der Leukocytenzahl folge. Bei den chronischen Formen von Malaria-Erkrankungen fand GRAWITZ eine gelinde Leukocytose.

7. *Influenza.* Nach RIEDER und CABOT verlaufen nicht komplicirte Fälle von Influenza ohne Leukocytose. Von den 30 Fällen, welche der letztgenannte Forscher untersucht hat, zeigte sich nur bei 7 eine geringe Vermehrung der Leukocytenmenge, welche Vermehrung er geneigt zu sein scheint, Komplicationen zuzuschreiben.

Ich kann hier nicht auf das Verhalten der Leukocytose bei einer Anzahl anderer krankhafter Zustände eingehen, bei denen die Bestimmung der Anzahl der weissen Blutkörperchen oftmals von einem gewissen Werthe für die Diagnose sein könnte. Ich verweise in dieser Hinsicht auf die übersichtliche Darstellung des Gegenstandes, welche sich in CABOT's Monographie findet.

XVIII. Kohlendunstvergiftung.

Eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen ist bei Kohlendunstvergiftung von Posselt (in 1 Fall), Eaton (in 4 Fällen), Münzer und Palma (in 2 Fällen), Cabot (in 2 Fällen) und Warthen (in 1 Fall) gefunden worden. In Tabelle XXIII sind die Ergebnisse der Untersuchungen zusammengestellt, die ich in sechs Fällen auszuführen Gelegenheit hatte. In diesen zeigte sich immer bei der ersten Untersuchung, die an demselben Tage ausgeführt wurde, wo der Patient in das Krankenhaus kam, eine deutliche, zwischen 11,800 und 22,900 Leukocyten im Kbmm. Blut wechselnde Leukocytose. Diese Vermehrung der Leukocyten hatte indessen eine sehr kurze Dauer, indem ihre Zahl schon am folgenden Tage wieder normal war. In einem von Cabot's Fällen hielt die Leukocytose noch am dritten Tage an.

Die Trockenpräparate, welche am ersten Krankheitstage hergestellt wurden, zeigten in den Fällen 1, 2 und 6 eine bedeutende Verminderung der mononucleären Zellen. In sämmtlichen Proben, die am 1. Tage genommen wurden, waren keine eosinophilen Zellen zu entdecken. Die am zweiten Krankheitstage ausgeführten Untersuchungen ergaben im allgemeinen normale Procentzahlen der mononucleären Zellen, und in dreien der Fälle konnte auch die Gegenwart von eosinophilen Zellen im Blute konstatirt werden. Im Gegensatz zu Klein konnte ich in den Präparaten, die ich durchmusterte, keine Myelocyten entdecken.

XIX. Phosphorvergiftung.

Taussig scheint der erste gewesen zu sein, der den Veränderungen, die bei Vergiftung mit Phosphor im menschlichen Blute eintreten, eine nähere Aufmerksamkeit geschenkt hat. Ausser einer nicht unbedeutenden Vermehrung der rothen Blutkörperchen (einer Polycythæmia rubra) fand er eine Verminderung der Leukocyten, die in den Fällen, welche in Gesundheit übergingen, transitorisch, in den letal verlaufenden bleibend war. Etwas später veröffentlichte v. Jaksch seine Beobachtungen in zwei neuen Fällen, wo er in dem einen die weissen Blutkörper-

Tabelle

Kohlendunst-

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheitstag.	Zeit der Zählung.	Diät.	Leukocytenzahl im Kbmm.	Bluttrockenpräparate. Mononucl.	Eosin.
1	Carl Er. H., 62 J. Seemann.	28. XI. 95	1	8 Uhr Nachm.	Gemischte Kost.	14000	9,92 %	0/1055
		29. XI. »	2	1 » Vorm.		6800	33,52 %	0/1109
2	Maria S., 35 J. Ladnerin.	8. I. 96	2	12 » Mittags	Milch.	22000	6,05 %	0/1041
3	Gustafva W., 38 J. Frau.	28. I. »	1	12,30 » Vorm.		11800	21,68 %	0/1049
		28. I. »	1	12 » Mittags		8000	21,37 %	0/1085
4	Katarina D., 58 J. Aufwärterin.	13. XI. »	1	9,45 » Vorm.	Milch.	12900	—	—
		14. XI. »	2	1 » Nachm.	Eier, Brei.	7900	20,06 %	2/1139
5	Wilhelmina B., 74 J. Aufwärterin.	13. XI. »	1	9.45 » Vorm.	Milch.	16800	—	—
		14. XI. »	2	1 » Nachm.	Eier, Hafersuppe.	5400	41,19 %	4/1138
6	Frans K., 23 J. Seemann.	18. XII. »	1	11,30 » Vorm.	Gemischte Kost.	19100	6,34 %	0/1199
		19. XII. »	2	12,30 » Nachm.		8700	18,66 %	11/1013

XXIII.

vergiftung.

Temperatur. Morgens.	Temperatur. Abends.	Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
— 37,5	38,3 37,6	Bewusstlos in einer Kajüte gefunden, die mit Steinkohle geheizt worden war. Bei der Aufnahme in das Spital — 28. XI. am Abend — noch vollständig soporös. Hoppe-Seylers Co-Probe mit schwachem pos. Erfolg. In der Nacht kehrte das Bewusstsein zurück. Am folgenden Tag nur gelinder Schwindel. 0 Alb. Am 3. XII. gesund aus dem Spital entlassen.	Intoxicatio e vaporibus carbonum candentium.
38,2	39,4	Bewusstlos in das Krankenhaus gebracht. — Die Zimmerkameradin am Morgen todt gefunden. — Wegen einer im Krankenhause aquirirten Pneumonie erst am 5. III. gesund entlassen.	Intoxicatio e vap. carb. cand.
— —	— —	Nachts — 28. I. — bewusstlos in das Krankenhaus gebracht. Bei der Aufnahme Hoppe-Seylers Co-Reaction mit schwachem positiven Erfolg. Am 5. II. gesund entlassen.	Intoxicatio e vap. carb. cand.
— 37,8	38,6 38,2	Wurde am Morgen — 13. XI. — bewusstlos gefunden. Im Zimmer war am vorigen Abend in einem eisernen Ofen mit Steinkohle gefeuert worden und nachher die Klappe zugemacht. Bei der Aufnahme in das Spital — um 10 Uhr Vorm. — noch bewusstlos. Während der ersten Stunden des Spitalaufenthaltes Zuckungen in den Armen. Mittelgrösse der Pupillen. Hoppe-Seylers Co-Probe mit negativem Erfolg. Während des Vormittags kehrte das Bewusstsein allmählich zurück. Nachher Mattigkeit, Kopfschmerzen, Erbrechen. Am 19. XI. gesund entlassen.	Intoxicatio e vap. carb. cand.
— 37,6	37,8 37,8	Zimmerkameradin der vorigen Pat. Ganz ähnlicher Verlauf. Am 19. XI. gesund entlassen.	Intoxicatio e vap. carb. cand.
36,1 37,1	37,9 36.5	Wurde bewusstlos in einer Kajüte gefunden, die am vorigen Abend mit Steinkohle geheizt worden war. Die Klappe war nachher zugemacht worden. Bei der Aufnahme in das Spital — um 9 Uhr Vormittags — bewusstlos. Am 20. XII. gesund entlassen.	Intoxicatio e vap. carb. cand.

Tabelle

Phosphor-

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Krankheits-tag.	Zeit der Zählung.	Leukocyten-zahl im Kbmm.	Bluttrocken-präparate.	
						Mono-nucl.	Eosin
1	Ester D., 22 J., Ladnerin.	17. IV. 96	3	1 Uhr Nachm.	2000	38,57 %	°/[illegible]
		19. IV. ›	5	2 › ›	3500	18,26 %	°/[illegible]
		20. IV. ›	6	10,30 › Vorm.	11400	—	—
2	Hulda O., 20 J., Dienstmädchen.	21. XI. 96	1	11 › ›	11300	—	—
		21. XI. ›	›	8 › Nachm,	7900	42,85 %	°/[illegible]
3	Mimmi N., 24 J., Dienstmädchen.	23. VI. 96	3	9,20 › Vorm.	11900	15,25 %	°/1146
		24. VI. ›	4	11 › ›	8100	22,34 %	°/[illegible]

XXIV.

vergiftung.

Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Morgens.	Abends.		
36,4	36,2	Am 15. IV. verzehrte die Patientin eine Quantität Phosphor — von 3 Bündeln Zündhölzern abgeschabt. — Eine halbe Stunde später wurde sie in das Krankenhaus gebracht. Stundenlange Ausspülung des Magens. Im Anfang roch das Spülwasser stark nach Phosphor, am Ende der Spülung war es aber geruchlos. Am folgenden Tage Schmerzen im Epigastrium, Erbrechen. 0 Alb.	Intoxicatio e phosphore.
37,7	38,2	19. IV. Verschlimmerung. Schmerzen im Leibe, Brechreiz, Kopfschmerzen. Vergrösserung der Leber, beginnender Icterus. Alb. (3 ‰), Gallenfarbstoff, Cylinder.	
38,3	—	20. IV. Bluterbrechen. Exitus letalis. *Ord.* Aetherol. thereb. crud. Campher, Mo.	
37,4	37	21. XI. Früh am Vormittage Einnahme von Phosphor — von drei Bündeln Zündhölzern abgeschabt. Ununterbrochenes Erbrechen. Um 11,50 Uhr Nachm. Exitus letalis.	Intoxicatio e phosphore.
—	—		
—	37,3	21. VI. Einnahme von Phosphor — von 1 Bündel Zündhölzern abgeschabt. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus 0 Alb.	Intoxicatio e phosphore.
37,5	37,9	Brechreiz und Erbrechen. Unbedeutende icterische Färbung der Sclerae. Keine Vergrösserung der Leber.	
		25. VI. Um 5,30 Uhr Vorm. Exitus letalis. *Ord.* Magenausspülung. Aetherol. thereb. crud.	

chen in normaler Zahl fand, während sich in dem anderen eine bedeutende Leukocytose (58750 Leukocyten im Kbmm.) zeigte, die v. JAKSCH indessen als durch eine komplicirende gonorrhoische Salpingitis hervorgerufen betrachtete. Einer der Fälle, welche v. LIMBECK beobachtete, zeigte ebenfalls (am 3. Tage) eine bedeutende Leukocytose (12500).

Die 3 Fälle (Tabelle XXIV), die ich in der Lage gewesen bin zu untersuchen, zeigten alle, wenigstens einmal im Verlaufe der Krankheit, eine Leukocytose.

Aber während sich in Fall 1 bei den beiden ersten Untersuchungen eine Hypoleukocytose fand, zeigten die beiden andern Fälle bei der ersten Zählung eine geringe Vermehrung der weissen Blutkörperchen.

Im Gegensatz zu v. JAKSCH und TAUSSIG konnte ich kein einziges Mal eosinophile Zellen im Blute nachweisen.

XX. Anämische Zustände.

1. *Chlorosis.* Während die rothen Blutkörperchen bei dieser Krankheit sowohl hinsichtlich ihrer Anzahl und Farbenkraft, wie ihrer Grösse und Form ziemlich bedeutenden Veränderungen unterworfen sein können, scheinen sich in Betreff der Leukocyten keine beträchtlicheren Anomalien geltend zu machen.

Was zuerst die Anzahl der Leukocyten anbelangt, so geht aus den Untersuchungen der meisten Forscher (GRÆBER, REINERT u. a.) hervor, dass sie im allgemeinen die normalen Grenzen nicht übersteigt. MUIR fand jedoch oft eine Verminderung derselben, wogegen CABOT nur ausnahmsweise und nur in den schwersten Fällen niedrige Leukocytenwerthe erhielt.

In Bezug auf die Procentzahl der verschiedenen Leukocytenarten scheinen die Ansichten der Forscher etwas aus einander zu gehen. Die ersten Angaben über dieselbe stammen von EINHORN her, der in den 4 Fällen, die er untersucht hat, Werthe für die mononucleären Zellen (inclusive der Uebergangsformen) fand, die zwischen 14,59 und 52 Proc. variirten. GRÆBERS Werthe liegen im allgemeinen innerhalb normaler Grenzen, die von ihnen nur ausnahmsweise (in 2 Fällen von 28) überschritten werden. Sowohl MUIR, wie

CABOT fand jedoch in der Mehrzahl der Fälle eine procentische Vermehrung der einkernigen Leukocyten. Nach den Untersuchungen des letztgenannten dieser beiden Forscher betraf diese Vermehrung hauptsächlich die kleinen Lymphocyten.

Die eosinophilen Zellen sind nach den Angaben einiger Forscher (EICHHORST, v. NOORDEN u. a.) bei der Chlorosis ein wenig vermehrt. MÜLLER und RIEDER sowie ZAPPERT u. a. fanden ziemlich wechselnde Werthe. In ZAPPERTS 11 Fällen war die höchste Anzahl 8,54 %, die niedrigste 0,65 %. Die Mehrzahl der Werthe wechselte jedoch zwischen 1,55 % und 3,73 %.

NEUSSER theilte die Chlorosen in zwei Gruppen ein, von denen die eine (die myologenen Chlorosen) sich durch ein reichliches Vorkommen von eosinophilen Zellen, die andere (die lymphatischen Chlorosen) durch das Uebergewicht der Lymphocyten auszeichne. Der myelogene Typus soll sich auch von dem anderen durch eine bessere Prognose unterscheiden, indem bei ihm die Eisentherapie, welcher die lymphatischen Chlorosen trotzen, von günstiger Wirkung sei. NEUSSERS Angaben haben indessen von späteren Forschern (RIEDER und ZAPPERT) nicht konstatirt werden können.

In Tabelle XXV sind die Ergebnisse meiner eigenen Untersuchungen in 8 Fällen von Chlorosis zusammengestellt. Was die Anzahl der sämmtlichen Leukocyten betrifft, so scheint dieselbe in allen Fällen ungefähr normal zu sein. Nur in einem Fall (N:o 6) wurde bei einer Untersuchung ein höherer Werth erhalten. Bei 3 Untersuchungen (in den Fällen 1, 3 und 6) war die Prozentzahl der mononucleären Zellen höher als normal. Diese Fälle zeigten indessen bei anderen Untersuchungen keine Vermehrung der mononucleären Elemente. Die Anzahl der eosinophilen Zellen hielt sich stets innerhalb normaler Grenzen.

So weit ich aus meinen Untersuchungen schliessen kann, zeigen also die Leukocyten bei der Chlorosis sowohl hinsichtlich ihrer Gesammtmenge, wie der Procentzahl der verschiedenen Formen keine wesentlichen Abweichungen von den normalen Verhältnissen.

2. *Anæmia perniciosa.* Ein grösseres Interesse als bei der Chlorose bieten die weissen Blutkörperchen bei der perniciösen Anämie dar. Beinahe alle neueren Forscher (HAYEM,

MUIR, GRAWITZ, CABOT u. a.) geben an, dass die Menge der weissen Blutkörperchen bei dieser Krankheit vermindert sei. Ausser bei eintretenden Komplicationen kann, wie es scheint, aus unbekannten Ursachen auch sonst eine sogar ziemlich hochgradige Leukocytose auftreten. LITTEN machte zuerst auf diese bei der perniciösen Anämie vorkommenden, vorübergehenden Vermehrungen der weissen Blutkörperchen aufmerksam, und später schenkte ihnen v. NOORDEN eine besondere Aufmerksamkeit. Der letztgenannte Forscher konnte in einigen Fällen darthun, dass eine solche Leukocytose, die sich mit einem Auftreten von zahlreichen Normoblasten im Blute verbunden zeigte, von einer Verbesserung der Beschaffenheit des Blutes gefolgt war. Auch GRAWITZ hat solche »Blutkrisen» beobachtet, die seiner Ansicht nach eine gute prognostische Bedeutung haben.

Nach HAYEM, MUIR, CABOT u. a. ist die Procentzahl der Lymphocyten bei der perniciösen Anämie oft vergrössert. In 17 von 34 untersuchten Fällen fand CABOT, dass die Zahl dieser Zellen 40 Procent überschritt. Was die eosinophilen Zellen anbelangt, so ist ihre Zahl nach Angaben von NEUSSER, von v. NOORDEN, von GRAWITZ u. a. bei schweren Formen der Anämie oft vermindert. CABOT fand das eine oder andere Mal eine Vermehrung derselben. Als die Mittelzahl von 49 Untersuchungen in 34 verschiedenen Fällen fand er 2,7 Proc. Diese Forscher giebt auch an, dass bei perniciöser Anämie in der Regel Myelocyten in geringer Menge vorkommen. So viel ich habe finden können, steht er mit dieser Beobachtung allein.

In 3 Fällen, welche klinisch unter dem Bilde einer perniciösen Anämie verliefen, habe auch ich Gelegenheit gehabt, Leukocytenbestimmungen auszuführen. Nur in dem ersten Fall ist indessen die klinische Diagnose bei der Section bestätigt worden. Dieser Fall, der in allen Hinsichten einen für die perniciöse Anämie typischen Verlauf hatte und den ich über 1 Jahr zu verfolgen vermochte, zeigte bei allen Gelegenheiten, wo eine Zählung der weissen Blutkörperchen ausgeführt wurde, eine Verminderung in der Anzahl derselben. Bemerkenswerth ist es, dass sich gleichzeitig mit der Verbesserung, die nach dem ersten Aufenthalt im Krankenhause sowohl in Bezug auf die allgemeinen Symptome, wie besonders in Betreff der Beschaffenheit des Blutes eintrat, eine Tendenz zu einer Vermeh-

rung der weissen Blutkörperchen zeigte. Die letzte Verschlechterung, die mit dem Tode endete, war mit einer neuen Senkung der Leukocytenzahl verbunden.[1]) Die Procentzahl der mononucleären Zellen, welche während der ganzen Zeit Werthe gezeigt hatte, die 30 % ein wenig überschritten, wuchs gegen den Tod hin, so dass sie bis auf 62,8 stieg. Eine prämortale Vermehrung der einkernigen Leukocyten (Lymphocyten) bei perniciöser Anämie ist auch von CABOT in 3 Fällen beobachtet worden.

Die übrigen zwei Fälle zeigten im Verlaufe der Krankheit hin und wieder subnormale Leukocytenwerthe, doch geschah dieses nicht so konstant, wie in Fall 1. Die Procentzahl der mononucleären Zellen hielt sich hier ungefähr auf 30.

In keinem dieser 3 Fälle liess sich eine Herabsetzung des Gehaltes des Blutes an eosinophilen Zellen konstatiren. Im Gegentheil, es zeigten sämmtliche Untersuchungen, dass eosinophile Zellen sich in ziemlich reichlicher Menge im Blute fanden.

3. *Sekundäre Anämien.* Unter den sekundären Anämien, die ich Gelegenheit gehabt habe zu untersuchen, will ich hier kurz nur die *Botriocephalusanämie*, die *Bleianämie* und die *posthämorrhagische Anämie* besprechen.

In zwei Fällen von *Botriocephalusanämie* zeigten die weissen Blutkörperchen im allgemeinen Werthe, die innerhalb der physiologischen Grenzen lagen. Die für die mononucleären Zellen erhaltenen Werthe wechselten zwischen 31,17 und 45,3 %. Die eosinophilen Zellen wechselten in ihrer Anzahl zwischen 1 und 5 % sämmtlicher gezählten Leukocyten.

Zwei Fälle von *Bleianämie* boten hinsichtlich der Leukocyten keine Abweichungen von dem normalen Verhältniss dar.

In Uebereinstimmung mit RIEDER, MUIR und anderen Forschern fand ich bei den *posthämorrhagischen Anämien*, von denen ich 8 Fälle untersucht habe, die alle im Anschluss an ein Ulcus ventriculi entstanden waren, in der nächsten Zeit

[1]) Dass eine hochgradige Senkung der Anzahl der weissen Blutkörperchen auch bei hochgradiger secundärer Anämie vorkommen kann, habe ich Gelegenheit gehabt zu beobachten. So zeigte ein Fall von Lebercirrhosis, wo die Zahl der rothen Blutkörperchen kaum 2 Mill. war, eine Leukocytenzahl von nur 1000 im Kbmm. Blut. RIEDER hat ebenfalls in einem Falle von Lebercirrhosis mit hochgradiger secundärer Anämie eine bedeutende Herabsetzung des Leukocytengehaltes des Blutes konstatiren können.

Tabelle

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Zeit der Zählung.	Diät.	Zahl der rothen Blutkörperchen im Kbmm.	Hämoglobingehalt (Fleischl).	Leukocytenzahl im Kbmm.
1	Maria L., 18 J., Dienstmädchen.	23. III. 96		Gemischte Kost	—	35 %	—
		26. III. »	1 Uhr Nachm.		3500000	—	7400
		5. IV. »			—	50 %	—
		16. IV. »	6,30 » »		4616000	62 %	6500
		9. V. »	7 » »		4016000	70 %	6300
2	Klara H., 18 J.	23. III. 96		Milch, Brot	—	30 %	—
		26. III. »	2,15 » »	Gemischte Kost	3570000	—	7400
		5. IV. »			—	58 %	—
		16. IV. »	7,30 » »		4268000	65 %	7500
		2. V. »	12 » Mittags		5000000	80 %	9000
3	Lydia E., 16 J., Dienstmädchen.	2. V. 96	5 » Nachm.	Gemischte Kost	1864000	20 %	8900
		6. V. »			2145000	—	—
		15. V. »			3628000	45 %	5600
		28. V. »			3889000	—	4000
4	Susanna S., 19 J., Näherin.	10. VI. »	»	Gemischte Kost	3540000	27 %	7400

XXV.

Bluttrockenpräparate.		Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Mononucl.	Eosin.	Morgens.	Abends.		
—	—	—	37,1	Seit etwa drei Jahren allgemeine anämische Symptome.	Chlorosis.
27,61 %	14/970	37	37,8	Status præsens 26. III. 96. Herzdämpfung vergrössert. Systolische Herzgeräusche. Bedeutende Blässe. Mattigkeit, Kopfschmerzen, Ohrensausen und Schwindelgefühl.	
—	—	afebril.			
44,45 %	23/928	»		Herzgeräusche schwächer. Gelinder Kopfschmerz.	
—	—	»		Nur unbedeutende Kopfschmerzen. Die Patientin wird heute verbessert aus dem Krankenhause entlassen. Ord. Pil. ferr. Bl. 4×3.	
—	—	afebril.		Im Jahre 1893 begonnene, allgemeine Mattigkeit, Neigung zu Kopfschmerzen, saures Aufstossen, Erbrechen. 1894 Uleussymptome. In den letzten Monaten rasche Verschlimmerung.	Chlorosis.
—	—	»		Status præsens 26. III. 96. Bedeutende Blässe der Haut und der sichtbaren Schleimhäute. Lautes Nonnensausen. Herzdämpfung nicht vergrössert; schwaches accidentelles Geräusch.	
—	—	»			
30,88 %	38/1011	»		Allgemeinzustand bedeutend verbessert.	
—	—	»		Kein accidentelles Geräusch. Schwaches Nonnensausen. Verbessert entlassen. Ord. Pil. ferr. Bl. 4×3.	
21,5 %	8/1104	afebril.		Seit zwei Jahren allmählich zunehmende Schwäche, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und Herzklopfen. Status præsens 2. V. Herzdämpfung vergrössert. Systolische Herzgeräusche, am deutlichsten im zweiten linken Intercostalraum. Enormes Nonnensausen.	Chlorosis.
—	—	»			
37,72 %	13/1127	»			
44,68 %	12/1084	»		Allgemeinzustand bedeutend verbessert, fortfahrend systolische Geräusche. 1. VI. Verbessert aus dem Krankenhause entlassen. Ord. Pil. ferr Bl. 4×3.	
29,77 %	31/896	—	38,1	Seit 1½ Jahr ab und zu Oedem in den Händen und Füssen, Mattigkeit. In Mai 1896 rasche Verschlimmerung. Status præsens 10. VI. Bedeutende Schwäche. Blässe der Haut und der sichtbaren Schleimhäute. Herzdämpfung etwas vergrössert. Accidentelles, systolisches Herzgeräusch. 0 Alb.	Chlorosis.

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Zeit der Zählung.	Diät.	Zahl der rothen Blutkörperchen im Kbmm.	Hämoglobingehalt (Fleischl).	Leukocytenzahl im Kbmm.
		21. VI. 96	10,30 Uhr Vorm.		3013000	40 %	5400
		23. VI. »	5,45 » Nachm.		—	—	5200
5	Agnes K., 19 J., Dienstmädchen.	3. X. »	8 » »	Gemischte Kost	3800000	35 %	5800
		19. X. »	8,30 » »		3500000	45 %	8300
		12. XI. »	—		4450000	60 %	6900
6	Hulda L., 17 J., Ladenmädchen.	4. X. »	7 » »	Gemischte Kost	4050000	32 %	7700
		20. X. »	1,15 » »		3735000	35 %	6300
		23. XI. »	12,30 » »		4800000	75 %	11600
7	Eugenia N., 14 J.	7. X. »	11 » Vorm.	Gemischte Kost	1900000	18 %	5800
		6. XI. »	11,30 » »		4150000	65 %	6700
8	Hulda L., 22 J., Dienstmädchen.	11. X. »	1,45 » Nachm.	Gemischte Kost	3180000	32 %	6700
		28. X. »	10,30 » Vorm.		4350000	38 %	4900

Bluttrockenpräparate.		Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Mononucl.	Eosin.	Morgens.	Abends.		
—	—	37,1	37,1	10. VI.—19. VI. Abendtemperaturen von 38—38,3 °; 20. VI.—21. VI. afebril.	
28,19 %	11/1086	37,8	38,6	22. VI.—24. VI. Abendtemp. von 38,4, 38,6 und 38 °, darnach afebril.	
				Am 10. verbessert aus dem Krankenhause entlassen. Ord. Pil. ferr. Bl. 4×3.	
—	—	afebril.		Seit mehreren Jahren allgemeine anämische Symptome: Kopfschmerzen, Ohrensausen, Flimmern vor den Augen et cet. Status præsens 3. X. Herzdämpfung vergrössert. Accidentelles, systolisches Herzgeräusch, am deutlichsten über dem zweiten linken Intercostalraum. Bedeutendes Nonnengeräusch. Grosse Mattigkeit. Lippen und Conjunctivæ auffallend blass. Im Ausgeheberten — nach Ewalds Probefrühstück — freie Salzsäure. Totalacidität 80 °.	Chlorosis.
35,16 %	18/1096	»			
—	—	»		Am 12. XI. wird die Patientin verbessert aus dem Krankenhause entlassen. Ord. Pil. ferr. Bl. 4×3.	
—	—	afebril.		Seit 1½ Jahre Mattigkeit, Kopfschmerzen, Ohrensausen. Aufstossen und Schmerzen im Epigastrium. Status præsens 4. X. Haut und sichtbare Schleimhäute blass. Herzdämpfung nicht vergrössert. Accidentelles, systolisches Herzgeräusch. Lautes Nonnengeräusch.	Chlorosis.
41.5 %	30/1060	»		Mattigkeit und Kopfschmerzen vermindert. Herzgeräusch undeutlicher.	
27,66 %	19/1025	»		Am 5. XII. gesund aus dem Krankenhause entlassen. Ord. Liq. ferr. alb. (Sal. Carlsb. + Bicarb. natr.)	
—	—	—		Bedeutende Blässe. Herzdämpfung vergrössert. Systolisches Herzgeräusch über dem zweiten linken Intercostalraum. Nonnengeräusch.	Chlorosis.
26,5 %	27/902	—		Bedeutende Verbesserung. Das systolische Herzgeräusch noch hörbar. Ord. Pil. ferr., Bl. 4×3.	
—	—	afebril.		Krank seit 6 Monaten. Status præsens 11. X. 96. Herzdämpfung nicht vergrössert; accidentelle Herzgeräusche. Lautes Nonnengeräusch.	Chlorosis.
31,53 %	15/1023	»		Kein accidentelles Herzgeräusch. Nur schwaches Nonnengeräusch. Verbessert entlassen. Ord. Tinct. martis 30 Tropf. 3 mal täglich.	

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Zeit der Zählung.	Diät.	Zahl der rothen Blutkörperchen im Kbmm.	Hämoglobin-gehalt (Fleischl).	Leukocytenzahl im Kbmm.
9	Karolina N., 31 J., Frau	6. IV. 95		Gemischte Kost	878000	20 %	—
		10. IV. »			—	20 %	—
		14. IV. »			664000	20 %	—
		19. IV. »			1212000	30 %	2000
		10. V. »			1980000	50 %	1500
		30. V. »			2556000	60 %	2500
		10. VII. »			2560000	65 %	3900
		9. IX. »			3118000	75 %	—
		11. III. 96			1700000	50 %	2200
		29. VI. »	8 Uhr Nachm.		513000	17 %	1700
10	Ida P., 38 J., Frau.	3. X. 96	12 Uhr Mittags	Gemischte Kost	1500000	30 %	4700
		8. X. »	12,45 » Nachm.		—	—	4800
		19. X. »	1,30 » »		2620000	33 %	4200

Bluttrocken-präparate.		Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Mononucl.	Eosin.	Morgens.	Abends.		
—	—	38	39,4	Seit mehreren Jahren allgemeine Schwäche, Kopfschmerzen und Symptome von gastrischen Störungen. Am Ende des Jahres 1894 rasche Verschlimmerung. Status præsens 10. IV. Schwere anämische Symptome: Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Ohrensausen, Erbrechen etc.; Hautfarbe wachsartig blass. Deutliche icterische Färbung der Conjunctivae. Kleine Retinalblutungen. Herz nicht vergrössert. Systolisches Herzgeräusch; Nonnensausen. Mässige Lebervergrösserung; Milz nicht palpabel. Im Blute spärliche Rollenbildung, Makro-, Mikro- und Poikilocytose, Normo- und Megaloblasten.	Anæmia perniciosa progressiva.
—	—	38,6	39		
—	—	38,6	39	5. IV.—16. IV. Febris continua.	
—	—	37	37,3	Seit 17. IV. afebril.	
—	—	37	37.2	Milz palpabel. Im Ausgeheberten (nach Boas' Probemahlzeit) 0 HCl, 0 Proenzyme.	
37,47 %	34/371	37	37,1	Zustand verbessert. Fast keine Poikilocytose mehr. Die Pat. wird heute aus dem Krankenhause entlassen. Ord. Liq. ars. kal.	
—	—	—	—	Die Pat. zeigt sich heute wieder. Subjectives Wohlbefinden.	
34,76 %	56/696	—	—	Die Pat. zeigt sich heute wieder. Subjectives Wohlbefinden. Milz noch palpabel. Noch systolisches Herzgeräusch und Nonnensausen.	
35,55 %	23/371	—	—	Zeigt sich wieder. Seit Weinachten Verschlimmerung. Milz und Leber etwas mehr vergrössert.	
62,79 %	4/129	—	38,4	Heute wieder in das Lazarett aufgenommen. Zustand sehr schlecht. Bedeutende Poikilocytose. Ord. Arsen. natr. (3—4 mgm.) Am 10. VII. Exitus.	
				Pat. Anat. Diagnose: Functionelle Hyperplasie des Knochenmarks. Degeneratio adiposa myocardii. Gastrit. chron.; Stasis lienis et hepatis et cet.	
—	—	37,5	38,1	Keine ätiologischen Momente bekannt. Ende 1893 allgemeine, subjective Symptome von Anämie. Seit dieser Zeit jeden Winter wegen Mattigkeit bettlägerig; jeden Sommer verbessert. Status præsens 8. X. Bettlägerig. Grosse Mattigkeit, Herzklopfen, Ohrensausen, Schmerzen im Epigastrium und zuweilen Erbrechen. Haut wachsartig blass. Conjunctivae und Schleimhaut des Mundes und Rachens in äussersten Masse blass. Brustbein sehr druckempfindlich, die übrigen Knochen nicht. Die	Anæmia perniciosa progressiva.
—	—	38	38,6		
—	—	37	38,3		

N:o.	Name u. Alter.	Datum.	Zeit der Zählung.	Diät.	Zahl der rothen Blutkörperchen im Kbmm.	Hämoglobingehalt (Fleischl).	Leukocytenzahl im Kbmm.
		10. XI. 96	1 » Nachm.	Gemischte Kost	3300000	42 %	2200
11	Maria W., 58 J., Frau.	10. IX. 96	7,45 » »	Gemischte Kost	1670000	50 %	3000
		22. IX. »	12,30 » »		1900000	55 %	3100
		21. X. »	8 » »	Nur Milch	2540000	55 %	4700
		17. XI. »	12 » Mittags	Gemischte Kost	2800000	65 %	4800
		10. IV. 97			2015000	50 %	2100

Bluttrocken-präparate.		Temperatur.		Bemerkungen aus der Krankengeschichte.	Diagnose.
Mono-nucl.	Eosin.	Mor-gens.	Abends.		
				ophtalmoskopische Untersuchung ergiebt nichts Abnormes. Herzdämpfung vergrössert; accidentelles, systoliches Herzgeräusch. Sehr starkes Nonnensausen. Leber etwas vergrössert. Milz palpabel, von fester Consistenz. Im Ausgeheberten (nach Ewalds Probefrühstück) keine freie Salzsäure, keine Proenzyme, undeutliche Milchsäurereaction, Totalacidität 10. Im Blute zahlreiche Makro-, Mikro- und Poikilocyten, ebenso kernhaltige, rothe Blutkörperchen. 3. X.—20. X. Febris continua, darnach afebril.	
34,59 %	25/372	37	37,2	Die Pat. wird heute verbessert aus dem Krankenhause entlassen. Ord. Liq. arsen. kalic., Infus amar.	
36,96 %	10/588	37	37,5	Die Patientin hat zehn normale Geburten durchgemacht. Seit 3 Jahren oft kleine Hämorrhoidalblutungen. Seit einem Jahre fast beständiger Durchfall. Im letzten Jahre rasche Abnahme der Kräfte. Status præsens 3. VIII. Haut und Schleimhäute blass. Gelinde Kopfschmerzen, Uebelkeit und brennender Schmerz in der Ventrikelgegend. Im Blute Makro-, Mikro- und Poikilocytose. Herzdämpfung normal. Systolisches Herzgeräusch. Keine nachweisbare Vergrösserung der Leber, die Milz nicht vergrössert. Im Ausgeheberten (nach Boas' Probemahlzeit) keine Salzsäure, keine Milchsäure, keine Proenzyme.	Anæmia perniciosa progressiv.
—	—	37	37,6	Subjectives Befinden gut. Herzgeräusch noch hörbar. Verbessert aus dem Krankenhaus entlassen. Ord. Liq. arsen. kal.; Tinct. Martis., Liq. ferri alb.	
—	—	—	36,9	Heute wieder in das Lazarett aufgenommen. Mit Ausnahme bedeutender Mattigkeit keine subjectiven Symptome. Diarrhœ.	
—	—	37	37,4	Fühlt sich besser. Heute verbessert aus dem Krankenhause entlassen. Ord. Liq. arsen. kal.; Emuls. obosa.	
—	—	—	—	Wieder in das Lazarett aufgenommen.	

nach der Blutung, wenn dieselbe von einer etwas grösseren Bedeutung gewesen war, eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen. Diese »posthämorrhagische» Leukocytose war im allgemeinen nicht besonders hochgradig. Nur in einem Falle, der später zum Exitus führte, überschritt der Werth 30000. Die Vermehrung der Leukocyten hielt 2—4 Tage nach der Blutung an, worauf wieder normale Werthe erhalten wurden.

Litteratur-Verzeichniss.

1. ALTMANN. Ueber die Elementarorganismen und ihre Beziehungen zu den Zellen. Leipzig 1890. Cit. nach Ehrlich.
2. ANDRAL, G. Essai d'hématologie pathologique. Paris 1843.
3. ASCOLI, V. Sull' iperleucocitosi digestiva. Il Policlinico 1896. N:o 22 und 24.
4. BARKER, L. On the presence of iron in the granules of the eosinophile-leucocytes. Johns Hopkins Hospital Bulletin. 1894.
5. BIEGANSKI, W. Ueber die Veränderungen des Blutes unter dem Einfluss v. Syphilis et cet. Arch. f. Dermat. u. Syphilis 1892. H. 1. Cit. nach S. Klein.
6. Derselbe. Leukocytose bei der croupösen Pneumonie. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1894. Bd. 53.
7. BIERNACKI. Deutsche med. Wochenschr. 1895. N:o 48. Cit. nach v. Limbeck.
8. BIESIADECKI. Leukämische Tumoren der Haut und des Darmes mit einig. Bemerkungen et cet. Wien. med. Jahrbüch. 1876. S. 233. Cit. nach Grawitz. S. 122.
9. BILLINGS, J. The leukocytes in croupous pneumonia. Johns Hopkins Hosp. Bull. 1894.
10. Derselbe. The blood corpuscles in diphteria; et cet. Newyork Medical Record 1896. N:o 17.
11. BIZZOZERO, J. Ueber die Natur der sekundären leukämischen Bildungen. Virch. Arch. 1885. Bd. 99. Cit. nach Grawitz.
12. BOEKMANN, A. Ueber die quantitativen Veränderungen der Blutkörperchen im Fieber. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1881. Bd. 29.
13. BOUCHUT, M. De la leucocythémie aiguë dans la résorption diphtérique. Gaz. méd. de Paris 1868. N:o 25.
14. Derselbe. De la leucocythémie aiguë et de la numération des globules du sang dans la diphtérite. Gaz. d. Hôpit. 1877. N:o 94.
15. Derselbe. De la leucocythémie aiguë, causée par la diphtérite. Gaz. d. Hôpit. 1879. N:o 20.
16. BOUCHUT et DUBRISAY. De la numération des globules du sang. et cet. Gaz. méd. de Paris 1878. N:o 14 und 15.
17. BUCHANAN, R. Leukaemia; et cet. The journal of Pathology and Bacteriology. 1896. Vol. 4. N:o II.

18. BUCHNER, H. Die chemische Reizbarkeit der Leukocyten; et cet. Berl. klin. Wochenschr. 1890. N:o 47.

19. CABOT, R. The diagnostic and prognostic importance of leucocytosis. The Boston Med. and Surgic. Journ. 1894. N:o 12.
20. Derselbe. A guide to the clinical examination of the blood for diagnostic purposes. London, Newyork and Bombay. 1897.
21. CANON, P. Ueber eosinophile Zellen und Mastzellen im Blute Gesunder und Kranker. Deutsch. med. Wochenschr. 1892. N:o 10.
22. CASTELLINO. Alteratione del sangue nella pneumonite fibrinosa. Genova 1892. Cit. nach v. Limbeck.
23. CHETAGUROW, A. Pathologisch-anatomische Veränderungen des Blutes bei Typhus abdominalis. Diss. Inaug. (russisch) St. Petersburg 1891. (Ref. Mühlmann. Virchows Arch. 1891. Bd. 127.)
24. COHNHEIM, J. Vorlesungen über allgemeine Pathologie. Cap. IV. Berlin 1877.
25. CRAIGIE et BENNET. Edinb. Med. Journ. Oct. 1845. Cit. nach Kottmann.
26. CUFFER, P. Recherches sur les altérations du sang et cet. Revue Mensuelle de Médecine et de Chirurgie. 1878. II.

27. DEMOOR. Annales de l'institut Pasteur. Févr. 1893. Cit. nach Cabot.
28. DONDERS u. MOLESCHOTT. Holländische Beiträge. Bd. I. Cit. nach Sörensen.
29. DONNÉ. Mikroskopie der thierischen Flüssigkeiten. Uebersetzt von Gorup. 1846.
30. DUPÉRIÉ, A. Globules du sang. Variations physiologiques et cet. Thèse de Paris. 1878.

31. EATON. Boston Medic. and Surgic. Journ. March 1895. Cit. nach Cabot.
32. EHRLICH, P. Methodologische Beiträge zur Physiol. u. Path. der verschiedenen Formen der Leukocyten. Zeitschr. f. klin. Med. 1880. Bd. I.
33. Derselbe. Ueber die Bedeutung der neutrophilen Körnung. Charité-Annalen. Bd. XII.
34. Derselbe. Ueber einen Fall von Anämie et cet. Charité-Annalen. Bd. XIII. 1888.
35. Derselbe. Farbenanalytische Untersuchungen zur Histologie u. Klinik des Blutes. Berlin 1891.
36. EICHHORST. Art. Chlorose in Eulenburgs Realencyklopädie. 3 Aufl. Bd. 4. Cit. nach v. Noorden.
37. EINHORN. Ueber das Verhalten der Lymphocyten zu den weissen Blutkörperchen. Inaug. Diss. Berlin 1884.
38. EISENLOHR, C. Leucaemia lienalis, lymphatica und medullaris et cet. Virch. Arch. 1878. Bd. 73. Cit. nach Grawitz.

39. ELZHOLZ, A. Neue Methode zur Bestimmung der absoluten Zahlenwerthen der einzelnen Leukocytenarten et cet. Wien. klin. Wochenschr. 1894. N:o 32.
40. ENGEL. Soc. f. inner. Med. Berlin 1896. Cit. nach Cabot.
41. EPSTEIN, J. Blutbefund bei metastatischer Carcinose des Knochenmarkes. Zeitschr. f. klin. Med. 1896. Bd. 30.
42. ESCHERICH. Hydræmische Leukocytose. Berlin. klin. Wochenschr. 1884. N:o 10.
43. EWING. Newyork Medical Journal Dec. 1893. Cit. nach Cabot.

44. FELSENTHAL. Hämathologische Mittheilungen. Arch. f. Kinderheilk. 1893. Bd. XV.
45. FLEMMING, W. Beiträge zur Kenntniss der Zelle u. ihrer Lebenserscheinungen. Arch. f. mikr. Anat. 1882. Bd. 20. Cit. nach Grawitz.
46. FRÄNKEL, A. Ueber akute Leukämie. Deutsch. med. Wochenschr. 1895. Cit. nach Virchows Jahresbericht.
47. FRORIEP. Cit. nach Virch. Ges. Abhandl. S. 182.
48. FUCHS, A. Untersuchungen über die Leukocytose des Blutes unter normalen und krankhaften Verhältnissen. Inaug. Diss. Erlangen 1893.

49. GABRITSCHEWSKY. Sur les propriétés chimiotactiques des leucocytes. Annales de l'institut Pasteur 1890; Cit. nach Weigert. Ueber Chemotaxis. Hygienische Rundschau 1891. N:o 15.
50. Derselbe. Klinisch-hämatologische Notizen. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. 1891. Bd. 28.
51. Derselbe. Du rôle des leucocytes dans l'infection diphtérique. Annales de l'institut Pasteur. 1894. Cit. nach Schlesinger.
52. GLUGE. Anatom.-mikroskop. Untersuchungen 1841. H. 2. Cit. nach Virch. Ges. Abhandl.
53. GOLLASCH, FRIEDLÄNDER u. EBERTH. Mikroskopische Technik. 1889. Cit. nach Zappert.
54. Derselbe. Cit. nach Neusser. Wien. klin. Wochenschr. 1892. S. 42.
55. GOLDSCHEIDER, A. und JACOB, P. Ueber die Variationen der Leukocytose. Zeitschr. f. klin. Med. 1894. Bd. 25.
56. GOWERS, W. On the numeration of bloodcorpuscles. The Lancet 1877. Vol. II.
57. Derselbe. The practition XX. July 1878. Cit. nach Hermann's Handbuch der Physiologie.
58. GRAEBER, E. Zur klinischen Diagnostik der Blutkrankheiten. Arbeit. aus d. k. Ludwig-Maxim. Univ. zu München. 1890. Bd. II. H. 2.
59. GRANCHER. Recherches sur le nombre des globules blancs du sang à l'état physiologique. Gaz. méd. de Paris 1876.
60. GRAWITZ, E. Klinische Pathologie des Blutes. Berlin 1896.

61. GRIESBACH, H. Zeitschrift f. wiss. Mikr. VII. 1890. Cit. nach Gulland.
62. GRIGORESCU, G. Quelques expériences nouvelles sur le rôle hémapoetique de la rate. Verhandl. des X internat. med. Congr., Berlin 1890. Cit. nach Rieder.
63. GULLAND. On the granular leucocytes. The Journ. of Physiol. 1895—96. Bd. 19.
64. GUNDOBIN. Ueber die Morphologie und Pathologie des Blutes bei Kindern. Jahrb. f. Kinderheilk. 1893. Bd. 35. Cit. nach Grawitz.
65. GUTTMANN. Deutsch. med. Wochenschr. 1891. S. 1201. Cit. nach H. F. Müller. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 50. 1892.

66. HALLA, A. Ueber den Hämoglobingehalt des Blutes und die quantitativen Verhältn. et cet. Zeitschr. f. Heilk. 1883. Bd. IV.
67. HAMMERSCHLAG. Ueber Blutbefunde bei Chlorosen. Wien. med. Presse 1894. N:o 27. Cit. nach Virchows Jahresbericht.
68. HARMSEN, W. Ueber die weissen Blutzellen im Blut des fieberfreien Hämatothorax. Petersb. med. Wochenschr. 1894. N:o 39.
69. HASSMANN, O. Zur diagnost. Verwerthbarkeit der Verdauungsleukocytose. Wien. klin. Wochenschr. 1896. N:o 17.
70. HAYEM, G. Sur les charactères anatomiques du sang dans les phlegmasies. Compt. Rend. LXXXX. N:o 11. 1880.
71. Derselbe. Leçons sur les modifications du sang. Paris 1882.
72. Derselbe. Du sang et ses altérations anatomiques. Paris 1889.
73. HAYEM et NACHET. Sur un nouveau procédé pour compter les globules du sang. Compt. Rend. LXXX. N:o 16. 1875.
74. HAYEM et GILBERT. Note sur deux cas de pneumonie typhoïde. Arch. général. de Méd. Mars 1884.
75. HEUCK, G. Zwei Fälle v. Leukämie m. eigenthüml. Blut-resp. Knochenmarksbefund. Virch. Arch. 1879. Bd. 78.
76. HIRT. Über das numer. Verhältniss zwischen den w. u. r. Blutzellen. Müllers Arch. f. Anat. u. Physiol. 1856.
77. HOFMEISTER. Ueber Resorption und Assimilat. d. Nährstoffe. Arch. f. exp. Path. und Pharm. 1880—87. Bd. 22.
78. HORBACZEWSKI, J. Beiträge z. Kenntniss der Bildung d. Harnsäure et. cet. Sitzungsber. d. Akad. d. Wissenschaft. Wien. Bd. 100. 1891.
79. HUSS, M. Sällsyntare sjukdomsfall. Separatdruck aus der Hygiea 1856.

80. v. JAKSCH, R. Ueber Leukämie u. Leukocytose im Kindesalter. Wien. klin. Wochenschr. 1889. N:o 22 u. 23.
81. Derselbe. Klin. Diagnostik. Wien u. Leipzig 1889.
82. Derselbe. Ueber Diagn. u. Therap. d. Erkrankungen d. Blutes. Prag. med. Wochenschr. 1890. N:o 31, 32, 33.
83. Derselbe. Ueber die prognostische Bedeutung der bei kruposer Pneumonie auftretenden Leukocytose. Centralbl. f. klin. Med. 1892. N:o 5.

84. Derselbe. Beitrag zur Kenntniss d. acut. Phosphorvergift. d. Mensch. Deutsch. med. Wochenschr. 1893. N:o 1.
85. JANOWSKY. Beitrag z. Kenntniss der Granulation d. weis. Blutkörperchen. Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 1892. Bd. 3. Cit. nach Zappert.
86. JOHANSSON, J. E. Ueber das Verhalten der Kohlensäureabgabe und der Körpertemperatur bei möglichst vollständiger ausschliessung der Muskelthätigkeit. Nord. Med. Arkiv. Festband. N:o 22.
87. JOLLY, J. Sur la numération des différentes variétés de globules blancs du sang. Arch. de méd. expérimentale 1896. Tome 8

88. KANTHACK and HARDY. Wandering cells of mammalia. The Journ. of Physiol. 1894—95. Bd. 17.
89. KIKODSE, T. Die pathol. Anat. d. Blutes bei croupöser Lungenentzündung. Inaug. Diss. (russisch) S:t Petersburg 1890.
90. KLEIN, S. Die diagnostische Verwerthung der Leukocytose. Volkmanns klin. Vorträge. Neue Folge N:o 87. 1893.
91. KOBLANCK, A. Zur Kenntniss des Verhaltens der Blutkörperchen bei Anämie et cet. Inaug. Diss. Berlin 1889.
92. KOSSEL, A. Deutsche med. Wochenschr. 1894. S. 146.
93. KOTSCHETKOFF. Die morphol. Blutveränderungen bei Scharlach. Inaug. Diss. (russisch). S:t Petersburg 1891.
94. KOTTMANN. Die symptome der Leukämie. Inaug. Diss. Bern 1871.
95. KOVÁCS, F. Zur Frage der Beeinflussung des leukämischen Krankheitsbildes durch complicirende Infectionskrankheiten. Wien. klin. Wochenschr. 1893. N:o 39.
96. KREBS. Beitrag zur entzündlichen Leukocytose. Inaug. Diss. 1893. Cit. nach Roscher.

97. LAACHE, S. Die Anämie. Christiania 1883.
98. LAEHR, M. Ueber das Auftreten von Leukocytose bei der croupösen Pneumonie. Berlin. klin. Wochenschr. 1893. N:o 36 und 37.
99. LATSCHENBERGER, J. Das physiologische Schicksal der Blutkörperchen des Hämoglobinblutes. Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wissenschaft. Wien 1896. Bd. 55.
100. LEBER. Ueber die Entstehung der Entzündung und die Wirkung d. entzündungserregenden Schädlichkeiten. Fortschr. d. Med. 1888.
101. LEICHTENSTERN, O. Untersuchungen über den Hämoglobingehalt des Blutes in gesunden und kranken Zuständen. Leipzig 1878. Cit. nach Reinert.
102. V. LIMBECK, R. Klinisches u. Experimentelles über die entzündliche Leukocytose. Zeitschr. f. Heilk. 1890. Bd. X.
103. Derselbe. Grundriss einer klinischen Pathologie des Blutes. Zweite Auflage. Jena 1896.

104. LITTEN, M. Zur Pathologie des Blutes. Berlin. klin. Wochenschr. 1883. N:o 27.
105. LOOS, J. Die Anämie bei hereditärer Syphilis. Wien. klin. Wochenschr. 1892. N:o 20.
106. LORANGE. Quomodo ratio cellular. sanguin. albar. et rubrar. mutetur ciborum advectione, ferri usu, febri intermittente. Diss. Inaug. Regiomont. 1856. Cit. nach Virch. Arch. 1857. Bd. XII.
107. LÖWIT, M. Ueber die Bildung roth. u. weiss. Blutkörperchen. Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wissensch. Wien 1883. Bd. 88.
108. Derselbe. Ueber Neubildung und Zerfall weisser Blutkörperchen. Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wissensch. Wien. 1885. Bd. 92.
109. Derselbe. Beiträge zur Lehre v. d. Leukämie. Die Beschaffenheit der Leukocyten bei d. Leukämie. Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wissensch. Wien 1887. Bd. 95.
110. Derselbe. Ueber die Präexistenz d. Blutplättchen et cet. Virch. Arch. 1889. Bd. 117.
111. Derselbe. Studien zur Physiol. u. Pathol. d. Bluthes u. d. Lymphe. Jena 1892.
112. LUCIANI. Das Hungern; deutsch v. O. Fränkel. 1890. Cit. nach v. Limbeck.

113. MALASSEZ. De la numération des globules du sang chez les mammifères et cet. Compt. Rend. LXXV 1872.
114. Derselbe. Nouvelle méthode de numération des globules rouges. et cet. Arch. de phys. 1874. Cit. nach Reinert.
115. Derselbe. Gaz. méd. de Paris 1876. S. 297.
116. Derselbe. Sur les perfectionnements les plus recents et cet. Arch. de phys. 1880. Cit. nach Reinert.
117. MARAGLIANO. Beitrag zur Pathologie des Blutes. Verhandl. d. XI. Congr. f. inn. Med. Berlin 1892.
118. MARFELS. Ueber das Verhältniss der farblosen Blutkörperchen et cet. Moleschotts Untersuchungen zur Naturlehre d. Menschen u. d. Thiere. 1857.
119. MASSART und BORDET. Recherches sur l'irritabilité des leucocytes et cet. Note présentée à la société royale des sciences de Bruxelles 1890. Cit. nach Weigert.
120. MAYET. Arch. de physiologie 1888. N:o 5. Cit. nach Zappert.
121. METSCHNIKOFF, E. L'inflammation. Paris 1892. Cit. nach Kanthack u. Hardy.
122. MEYER, H. Ueber den Einfluss einiger flüchtigen Stoffe auf die Zahl d. farblosen Zellen im Kreislauf. Inaug. Diss. Bonn 1874.
123. MOLESCHOTT. Wien. med. Wochenschr. 1854. N:o 8. Cit. nach Schmidts Jahrb.
124. MONTI u. BERGGRÜN. Ueber die im Verlaufe der lob. Pnemonie d. Kinder et cet. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 17. H. 1. Cit. nach Grawitz. S. 229.
125. MORSE. The Boston Medic. and Surgic. Journ. March 7. 1895. Ref. Schmidts Jahrb.

126. Derselbe. Boston City Hosp. and Surg. Reports 1895. Cit. nach Jacob.
127. MOSLER, F. Die Pathologie u. Therapie der Leukämie. Berlin 1872. Cit. nach Grawitz.
128. MUIR, M. Contribution to the physiol. and pathol. of the blood. Journ. of Anat. and Physiol. Vol. 25. 1890—91.
129. MÜLLER, J. Poggendorffs Annalen 1832. I. S. 539 u. 550. Cit. nach Graeber.
130. MÜLLER, R. Klinische Beobachtungen über Verdauungsleukocytose. Prager med. Wochenschrift 1890 (17, 18, 19).
131. MÜLLER, H. F. Zur Frage der Blutbildung. Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wischenschaft. Wien 1889. Bd. 98.
132. Derselbe. Zur Leukämiefrage. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 48. 1891.
133. Derselbe. Ueber Lymphämie. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 50. 1892.
134. MÜLLER, H. F. u. RIEDER, H. Ueber Vorkommen und klinische Bedeut. d. eosinoph. Zellen et cet. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 48. 1891.
135. MÜNZER, E. u. PALMA, O. Ueber den Stoffwechsel des Menschen bei Kohlendunst- u. Nitrobenzolvergift. Zeitschr. f. Heilk. 1894. Bd. XV.

136. NASSE, H. Untersuchungen zur Physiol. u. Pathol. 1839. II. S. 150. Cit. nach Virch. Ges. Abhandl.
137. Derselbe. Wagners Handwörterbuch der Physiologie. Cap. Blut. 1842.
138. Derselbe. Ueber den Einfluss der Nahrung auf das Blut. Marburg. 1850.
139. NEUBERT, G. Ein Beitrag zur Bluntuntersuchung; speciell bei der Phthisis pulm. et cet. Inaug. Diss. Dorpat 1889.
140. NEUDÖRFER. Virchows Jahresbericht 1894.
141. NEUMANN, E. Ueber Blutregeneration u. Blutbildung. Zeitschr. f. klin. Med. 1881. Bd. III. Cit. nach Grawitz.
142. Derselbe. Notizen zur Pathol. d. Blutes. Virch. Arch. Bd. 116 Cit. nach Grawitz.
143. NEUSSER, E. Klinisch-hämatologische Mittheil. Wien. klin. Wochenschrift 1892. N:o 3 u. 4.
144. v. NOORDEN, C. Untersuchung über schwere Anämien. Charité-Annalen 1891. Bd. 16.
145. Derselbe. Die Bleichsucht. Wien 1897.

146. PALMA. Deutsch med. Wochenschr. 1892, S. 782.
147. PATRIGEON. Recherches sur le nombre des globules rouges et blancs du sang. Thèse de Paris 1877 Cit. nach Boekmann.
148. PÉE, H. Untersuchungen über Leukocytose. Inaug. Diss. Berlin 1890.
149. PEKELHARING. Semaine médicale 1889. Cit. nach Weigert.

150. PFEFFER. Ueber chemotaktische Bewegungen von Bakterien et cet. Untersuch. a. d. bot. Inst. in Tübingen. Cit. nach Weigert.
151. PICK, G. Klinische Beobachtungen über die entzündliche Leukocytose. Prag. med. Wochenschr. 1890. N:o 24.
152. PICK, R. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis 1891. Cit. nach v. Limbeck.
153. PIORRY. Traité des altérations du sang. Paris 1840.
154. POHL. Ueber Resorption u. Assimilation der Nährstoffe. Arch. f. exp. Pat. u. Pharm. Bd. 25, 1888—1889.
155. POLÉTAEW, M. Sur la composition morphologique du sang dans l'inanition par abstinence complète et incomplète. Arch. des sciences biologiques et cet. St. Petersbourg 1893. Tome II.
156. POSNER. Deutsch. med. Wochenschr. 1893, S. 454.
157. POSSELT, A. Ein Fall von Kohlendunstvergiftung. Wien. klin. Wochenschr. 1893. N:o 22.
158. DE PURY. Blutkörperchenzählungen bei einem Falle v. Leukämie et cet. Virch. Arch. 1855, N:o 8.

159. QUINCKE. Ref. München. med. Wochenschr. 1890, N:o 1. Cit. nach Grawitz.

160. REINBACH, G. Ueber das Verhalten d. Leukocyten bei malignen Tumoren. Arch. f. klin. Chirurgie 1893. Bd. 46.
161. REINECKE, W. Ueber den Gehalt des Blutes an Körperchen. Virch. Arch. Bd. 118.
162. REINERT. Die Zählung der Blutkörperchen und deren Bedeutung f. Diagnose u. Therapie. Leipzig 1891.
163. RENAUT, J. Recherches sur les éléments cellulaires du sang. Arch. de Phys., ser. II, 8. 1881.
164. RENDU. De l'appendicite chez les hysteriques. La semaine médic. 24 Mars 1897.
165. RIEDER, H. Beiträge z. Kenntniss d. Leukocytose u. verwandten Zustände d. Blutes. Leipzig 1892.
166. Derselbe. Ueber das numerische Verhalten d. w. Blutzellen bei Influenza, et cet. Münch. med. Wochenschr. 1892, N:o 29.
167. Derselbe. Atlas der klin. Mikroskopie des Blutes. Leipzig 1893.
168. RILLE. Archiv f. Dermatol. u. Syphil. XXIV, H. 6, 1892. Cit. nach Zappert.
169. Derselbe. Ueber morpholog. Veränder. d. Blutes bei Syphil. etc. Verhandl. des II intern. Kongr. f. Dermat. u. Syphil. in Wien. Cit. nach S. Klein.
170. RÖMER. Ueber den formativen Reiz der Proteine Buchner's auf Leukocyten. Berl. klin. Wochenschr. 1891. N:o 36.
171. ROSCHER, K. Blutuntersuchungen bei septischem Fieber. Inaug. Diss. Berlin 1894.

172. SADLER, C. Klinische Untersuchungen über die Zahl d. corpuscul. Elem. et cet. Fortschr. d. Med. 1892. Bd. 10, Supplementheft.

173. SCHLESINGER. Arch. f. Kinderheilk. 1896, H. 5 u. 6.
174. Derselbe. Cit. nach Grawitz, S. 124.
175. SCHMIDT, A. Pflügers Archiv. Bd. XI, S. 547.
176. SCHNEYER. Das Verhalten d. Verdauungsleukocytose bei Ulc. rotund. u. Carcin. ventr. Zeitschr. f. klin. Med. 1895. Bd. 27.
177. SCHULTEN. Ergebniss einiger Untersuchungen in Puerperalkrankheiten. Virch. Arch. XIV. Cit. nach Roscher.
178. SCHULTZE, M. Arch. f. mikroskop. Anat. Bd. I. 1865.
179. SCHULZ, G. Experimentelle Untersuchungen über das Vorkommen u. die diagnost. Bedeutung der Leukocytose. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1893. Bd. 51.
180. SCHWARZE. Ueber eosinophile Zellen. Inaug. Diss. 1880.
181. SEMJAKIN. Inaug. Diss., St. Petersburg 1895. Cit. nach Jacob. Ueber d. Einfluss artificiell erzeugter Leukocytoseveränderungen auf künstlich hervorgerufene Infektionskrankheiten. Zeitschr. f. klin. Med. 1896. Bd. 30.
182. SHERRINGTON. Proc. Roy. soc. LVI 1894. Cit. nach Gulland.
183. v. SICHERER, O. Chemotaxis d. Warmblüterleukocyten ausserhalb des Körpers. Münch. med. Wochenschr. 1896. N:o 41.
184. SONNENBURG, E. Pathologie u. Therapie der Perityphilitis. Leipzig 1895.
185. SÖRENSEN. Undersögelser om Antallet af röde og hvide Blodlegemer. Kjöbenhavn 1876.
186. SPILLING, E. Ueber Blutuntersuchung bei Leukämie. Inaug. Diss. 1880.
187. STEIN u. ERBMANN. Zur Frage der Leukocytose bei tuberkulösen Processen. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1895. Bd. 56, H. 3 u. 4.
188. STINZING. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1890, N:o. 1. Cit. nach Grawitz.
189. STRAUER, O. Systematische Blutuntersuchungen bei Schwindsüchtigen u. Krebskranken. Zeitschr. f. klin. Med. 1894. Bd. 24.

190. TALAMON. Appendicite et péritonite hystérique. Semaine méd. 31. Mars 1897.
191. TAUSSIG, O. Ueber Blutbefunde bei acuter Phosphorvergift. Arch. f. experim. Path. u. Pharm. 1892. Bd. 30.
192. THOMA, R. u. LYON. Ueber die Methode der Blutkörperzählung. Virch. Arch. 1881. Bd. 84.
193. THOMA, R. Die Zählung d. weissen Zellen des Blutes. Virch. Arch. 1882. Bd. 87.
194. THOMSON, ALLEN. (Cormack. Natural History of epidemic fever London 1843.) Cit. nach Virch. Ges. Abh.
195. TORNOW, F. Blutveränderungen durch Märsche. Inaug. Diss. Berlin 1895 (ref. Virchows Jahresb.).
196. TSCHISTOVITSCH, N. Etude sur la pneumonie fibrineuse. Annales de l'inst. Pasteur 1891.
197. Derselbe. Sur la quantité des leucocytes du sang dans les pneumonies fibrineuses à issue mortelle. Arch. des sciences biologiques. St. Petersbourg 1893. Tome II.

198. TUMAS, L. Ueber die Schwankungen der Blutkörperzahl et cet. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1887. Bd. 41.

199. USKOW, N. W. Blut als Gewebe. 1890. Cit. nach Rieder u. Tschistovitsch.

200. VELPEAU. Union médicale 1824, Tome 3; 1827, Tome 2. Cit. nach v. Limbeck.

201. VIDAL, E. De la leucocythémie splénique. Gaz. hebdomad. III. 1856. Cit. nach Kottmann.

202. VIERORDT. Neue Methode der quantitativen mikroskop. Analyse d. Blutes. Arch. f. physiolog. Heilk. Bd. XI. 1852.

203. VIRCHOW. Froriep's Notizen. Nov. 1845. Cit. nach Virch. Gesamm. Abhandl.

204. Derselbe. Gesammelte Abhandlungen zur wissenschaftlichen Medicin. 1856.

205. Derselbe. Cellularpathologie. Vierte Auflage, Cap. 9 u. 10. Berlin 1871.

206. WAGNER. Nachträge zur vergleichenden Physiologie. 1838.

207. WALDSTEIN. Berlin. klin. Wochenschr. 1895, H. 17 u. 18.

208. WARTHEN. Virch. Arch. CXXXIV. Cit. nach Cabot.

209. WEISS, J. Das Vorkommen u. die Bedeutung der eosinophil. Zellen et cet. Wien. med. Presse. 1891, N:o 41.

210. Derselbe. Arbeiten aus d. embryologischen Inst. d. Wien. Univ. Cit. nach v. Limbeck.

211. WELCKER. Blutkörperchenzählung u. farbeprüfende Methode. Prag. Vierteljahrschr. f. die praktische Heilk. 1854. Bd. IV.

212. Derselbe. Grösse, Zahl, Volum. et cet. d. Blutkörp. bei Menschen u. Thiere. Zeitschr. f. ration. Med. Bd. XX. 1863.

213. WERTHEIM, E. Zur Frage der Blutbildung bei Leukämie. Zeitschr. f. Heilk. 1891. Cit. nach H. F. Müller, S. 54.

214. WHARTON, JONES. Philosophical transactions 1846 I (S. 82). Cit. nach Max Schultze.

215. WILKS. Ref. in Sajous' Annual 1895. Cit. nach Cabot.

216. ZAPPERT, J. Ueber das Vorkommen der eosinophilen Zellen im menschlichen Blute. Zeitschr. f. klin. Med. 1893. Bd. 23.

217. ZIMMERMANN. Ueber die Analyse des Blutes et cet. Berlin. Ref. Schmidts Jahresb. u. Sörensen.

Am Schlusse dieser Arbeit ist es mir eine augenehme Pflicht, meinen verehrten Lehrern, den Oberärzten am Königl. Seraphimerlazareth Herren Professoren R. M. Bruzelius und J. G. Edgren, sowie dem Docenten Dr. S. A. Pfannenstill meinen tiefgefühlten Dank dafür auszusprechen, dass sie mir gütigst das reichhaltige Material und wohl versehene Instrumentarium der med. Klinik zur Verfügung gestellt haben, wodurch meine Arbeit sehr gefördert worden ist.

Gleichzeitig bitte ich auch meinen Dank den Herren Doctoren F. W. Warfwinge, Th. G. Hellström und J. G. Rissler dafür ausdrücken zu dürfen, dass sie mir freundlichst die Benutzung des Materiales der unter ihrer Leitung stehenden Krankenhäuser gestattet haben.

Ebenso ist mir mit grösster Bereitwillighet Einsicht in die Journale des pathologischen Institutes gewährt und sind mir Aufschlüsse über die bei Operationen in den von mir hämatologisch untersuchten Fällen gemachten Beobachtungen gegeben worden, weshalb ich gleichfalls bitte, dem Chef des pathologischen Institutes, Herrn Professor A. Key, sowie den Herren Professoren J. Berg und J. Åkerman und dem Herrn Doctor Borelius meinen ergebenen Dank dafür sagen zu dürfen.

Auch fühle ich mich gemahnt, hier dem Herrn Docenten Dr. J. E. Johansson für die mir ertheilten freundlichen Rathschläge und gegebenen Aufschlüsse bestens zu danken.

Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.

Åben Sårbehandling ved Öjenoperationer.

Et Bidrag til svensk Medicinalhistorie.

Af

GORDON NORRIE.
Köbenhavn.

I det Festbind af Nord. med. Arkiv 1897, der er tilegnet Prof. AXEL KEY, findes en Artikel af Prof. HJORT om åben Sårbehandling ved Öjenoperationer. I den Anledning fremkommer denne lille Afhandling som et Supplement til ovennävnte Artikel, idet jeg antager, at mine Meddelelser ikke ville väre uden Interesse for Prof. HJORT, og idet jeg håber, at Prof. KEY herigennem vil modtage min Lykönskning, skönt den kommer post festum, hvilket forhåbentlig vil blive tilgivet, da mit Ämne er hentet fra den svenske Medicinalhistorie, som Prof. KEY så ofte har vist, at han närer stor Interesse for.

Jeg har tidligere i forskellige Afhandlinger fremdraget Episoder af den svenske Oftalmologis Historie og navnlig vist, at der i Sverige i Slutningen af forrige og Begyndelsen af dette Århundrede fandtes flere ualmindelig fremragende Oftalmologer, og ganske särligt har jeg henledet Opmärksomheden på den Betydning, som JOHAN LORENS ODHELIUS har haft.[1])

Jeg viste den Gang, at ODHELIUS ved en Räkke gode Observationer, der bevise hans gode Iagttagelsesävne og hans gode videnskabelige Omdömme, föres til at göre Iridotomien gennem cornea ved Tillukning af Irisdiafragmet dels ved Exsudatmasser i Pupillen, dels ved Levkomer, — og i denne

[1]) GORDON NORRIE: *Johan Lorens Odhelius og hans Bidrag til Irisoperationernes Udvikling.* Hygiea 1891, S. 161—189.

Henseende er han den förste, der gör Forslag i den Retning — og endelig ved cataracta accreta, og ligeledes her er han vistnok den förste.

ODHELIUS har imidlertid også prästeret betydeligt på andre af Oftalmologiens Områder, hvad jeg forhåbentligt en Gang skal få Lejlighed til at godtgöre, — her skal jeg henlede Opmärksomheden på et Par af hans Afhandlinger, der angå Behandlingen af Katarakt.

Da ODHELIUS 30 Marts 1772 indtog sit Säde som Assessor collegii medici, opläste han en Afhandling: *Påminnelser vid det brukeliga sättet at bota ögats sjukdomar.* I denne Afhandling skriver han:

»I veten således huru ögat allena är underkastat nästan så många slags bräckligheter som någon annan del af kroppen; at vi där igänfinna både Chroniske och Acute, Universelle och Particuliere, Continente och Intermittente, Idiopatiske och Symptomatiske åkommor, och at läran om ögats botande grundas i allmänhet på enahanda indicationer, som dylika anstöter på annan krops del.

»Men denna ovedersägeliga lärans tillämpning, hvad medlen angår, har just gifvit mig största anledningen till dessa anmärkningar; ty alla komma intet ihog den urskilnad som ögats enskilte organisation och physiologie borde bereda af de medel, som i en jämnlik siukdom i en annan krops del skulle göra bästa nytta.

»BOERHAVE, den ingen Läkare kan nämna utan den ärefullaste åminnelse, som tydeligen ärkiände denna principe, glömde dock denna varsamhet uti utöfningen; och hvad under då om de fläste följa en så Stor Man ända in i hans bivägar.

»BOERHAVE, som gaf oss den första tydeliga lärdom om inflammationer, och de indicationer som vid curen böra ihogkommas, som stadgade vårt begrep om siukdomens utgång, igenom resolution, eller suppuration, eller mortification, har och den utmärkta ära at denna hans Lära ännu i dag har i allmänhet et odödeligt värde.

»En phlogosis biude vi således til at resolvera: med åderlåtning, med diluentia, med derivantia; eller befordre vi des suppuration med maturantia, refocillantia och tepida, eller ock delens frånskiljande med incidentia, catheretica och antiseptica, och på etdera sättet bota vi honom; i de två förra händelserne med fullkomligt eller nästan fullkomligt återställande af

hälsan, men i den tredie händelsen med bevarande af den öfriga kropsdelen.

»Men ämne vi nyttia samma afsigter i tillämpning på ögat, så säger oss strax förnuftet, och alla Lärare stämma derom öfverens, at resolution är den enda indication som egenteligen bör sysselsätta en ögonläkare, hvilken eljest tager miste om synens återställande, som är hufvudändamålet; ty suppuration kan i ögats botande föga sättas i värdet öfver ögats förlust. Hvad hielp har vel et siukt öga fådt om Pus, när det ej kan evacueras eller resorberas, fyller stället af humor vitreus eller aqvosus; Huru högnödigt blir det icke uti ögonmedels nyttjande tilse, det vi icke, tvärtemot vår förmodan, må befordra en sådan olycklig belägenhet?

»Ögonsiukdomar hafva merendels sysselsatt visse Läkare så allena, at de förtiänt det epithetet oculist, och dessa hafva, liksom med myndighet, påtrugat de öfrige Läkare sine methoder. Öfverse vi bland sådanes antal en Woolhous, en Maitrejan, en Saintyves af de äldre, och en Daviel af de senare, framlyser en gemensam method i ögoninflammationers botande, och den samma få vi läsa hos Mauchart, hos Platner, hos Heister och hos Boerhave: omslager af varma grötar, af stekta äplen m. m. blandade med oleosa, crocata, camfer, alun och opium tilstyrkes öfveralt, och hvad under då om de brukas? Resolution söker man genom tiocka krydposar, fylde af stimulerande och odorifera, starkt kamfrerade och värmde samt ofta bestänckte med Spiritus, och när alt hopp därom är borta tyckes mången önska et godt pus och rådslå om medel til des befrämjande.

»Svulnade ögonlock; en brännande hetta i ögongloben; ophthalmiens utvidgande til uvea, choroidea och retina; conjunctivæ uplöpande i phlyctener, m. m. kunna icke varna alla från denna varma methoden. Man kommer därvid intet ihog huru Skaparen beredt ögat at tåla luften, utan man doppar åtminstone tiocka compresser i varma och Spiritueusa omslager och tiltäpper dermed ögonlocken; tårarne, som böra fugta ögongloben och småningom insupas genom puncta lacrymalia, stänger man på det sättet qvare, de taga då snart skärpa och föröka orsaken til inflammationen; ingen Lärdom hämtas från kopporne, där länge igänsvulnade ögonlock lämna efter sig de envisa pterygia och levcomata på cornea transparens, och siukdomen nödgas man sluteligen räkna hulpen, i görligaste måtto,

där en suppuration i ögonkamrarne, eller emellan lamellerne på cornea, ännu gör resorptionen tvifvelagtig och synen föga eller intet är återstäld.»

»Samma method användes efter Starr-operationen. Man läse alla ofvannämnde authorer, man rådfråga en HENKEL, en VOGEL, en GUNTZ, en WARNER m. fl. så får man lära at applicera flere compresser. [DEMOURS föreslår en masqve, som är giord öfver ögat af gips eller vaxat linne innan det opereras, och lägges i stället för Compresser på efteråt], doppade åtminstone i liumma och spirituöse omslag, dessa befästas med en stadig linda, man lägger patienten på ryggen, i et varmt rum, hela 8 dagarne, befaller honom ligga stilla, orörlig, och man liksom frugtar före at bloden icke må bli nog upvärmd; ja jag tror man ärnar drifva bort all fara genom svettning, ty varma diluentia och diapnoica förekomma öfveralt.»

Han omtaler derpå närmere Anvendelsen af Åreladninger og Kantarider og siger derpå:

»Men ifrån desse upgifter vil jag bana mig väg til en allmän påminnelse, at nämligen ingen Method til inflammationers botande kan, utan många undantag, lempas in på ögonen.»

»Ögats så aldeles särskilte beskaffenhet; corneæ genomskinlighet, dess sammansätning af nästan oräknelige lameller; vätskornes klarhet och Lentis fäste som så mycket bidrager til objecternes tydeligare föreställande, blifva de skiljagtigheter från all annan organisation af kroppens delar, at en ögonläkare uti alla sina indicationer först och främst bör i begreppet genomvandra denna physiologien, när han til det ondas fördrifvande skal förordna läkemedlen.»

»Han nyttiar då den allmänna methoden så långt han instämmer dermed, men han viker därifrån samma ögonblick, et, på annan krops del ganska nyttigt läkemedel skulle på ögat kunna skada.»

»Hvad nytta göra icke liumma fomentationer af emollientia uti all annan inflammation? men huru betänckeliga böra de icke förekomma den som påminner sig huru han omögeligen kan använda dem på ögat utan at relachera Corneæ lameller, hvilka därigenom samla på sig en local vatnsot, blifva dunkle och åtskilde, samt huru tillika han måste betäcka och tilsluta ögonlåcken, hvarigenom tårarne, som förut sagt är, aldrig undgå at blifva skarpe; huru det onda således ökas; huru lamellæ

corneæ på et ojämt sätt skiljas åt, och huru desse hinder uti secretione humoris aqvosi och från glandlerne, hvilket han emot sin förmodan åstadkommer, bereder de så envisa och blindgörande Panni, Pterygia och Levcomata, at förtiga ögonlåckens infiltrationer.»

»Han betänker därföre huru ögat är ämnat at tåla luften, sannerligen framför all annan del af kroppen, och huru den ömtålighet et inflammerat öga af dagen och elden kiänner, och som har sin orsak uti inflammationens vidsträckte säte, ofta inpå sielfva Retina, kan bäst lindras genom mörker, som åter kan ärhålles utan at utestänga luften.»

»Samma omtanka förekommer honom efter en Starr-Operation. Han tillägger därvid den sanningen at ögat, som nu värckeligen är vulneratum, omögligen kan utan fara tåla tunga compresser och täta bandager, när de anläggas öfver hela ögongloben, utan han finner snart på utväger at hindra eldens och Solstrålarnes retelser, hvilka så aldeles äro skadelige.»

»Inför så uplyste Domare lärer jag icke vidare behöfva utbreda de olyckeliga följder som en Läkare, med den sundaste method, kan emot all sin förmodan bereda i et siukt öga, om han för hastigt lämpar de allmänna indicationes inflammationum därhän; men ännu torde jag få lof at inbegripa under lika anmärkning alla sådane Operationer på det yttra ögat och nästgränsande delar, de där mer eller mindre medföra frugtan för inflammation, huru nemligen varma omslager, huru hårda compresser och täta förbindningar där böra antingen aldeles undvikas eller och med mycken lätthet anläggas.»

Efter at have omtalt Operationer for pannus og pterygium, nävner han, at en Del Öjenläger, f. Ex. Richter, Guerin og Acrel delvis have forladt de tidligere anvendte Metoder ved Behandling af Inflammationer og bryder derpå selv fuldständig med Traditionen, idet han siger:

»Jag afstyrker därföre alla varma grötar, som läggas öfver hela ögongloben, de må göras af hvad det vara må, icke ens med acetum lithargirii efter Guerins förslag, äfven som alla omslag af stekta äplen, alun och ägghvita, eller hårdkokta ägg, ensamme eller blandade med alun, som klyfvas och varme eller svale påläggas, alla kryddpåsar som betäcka ögonen, alla spiritueuse och starkt camfrerade ögonvatn, med et ord, alla medel som antingen hindra tårarnes fria aflopp och den transpiration, som igenom lamellas Corneæ från humor aqveus

håller henne genomskinlig, eller med en hettande egenskap värka på stället, ty alla förr upräknade olägenheter beredas därigenom;» . . . .

»I alla dessa medels ställe borde första medlet vara at doppa et fint linne i kalt källe- eller strömvatn, som är fritt från heterogenea, och därmed tvätta et inflammerat öga flera gånger om dagen, som ofelbart hielper, däräst icke det onda härflyter antingen af crasi humorum, eller af en stadgad inflammation, eller en våldsam utvärtes orsak.»

I sin närmere Udvikling af sin Behandlingsmåde siger ODHELIUS om Stäroperationerne, at han nästen alene benytter DAVIELs Operation, og om Efterbehandlingen siger han i en Anmärkning: »Jag låter patienten gå uppe, om han vil, i en mörk men sval kammare, och jag förbinder icke annorlunda än at sådane skygglappar kunna häftas som löst hänga framför ögonen at än ytterligare afhålla liusstrålarne, och dem fugtar jag endast med iskalt vatn, hvarmed de första dygnen ständigt fortfares äfven som sielfva ögat ofta uttvättas med rent kalt vatn. Denna methodens förmån har den glädiefullaste ärfarenhet i rätt många Casus bestyrkt, och framdeles vil jag upgifva dem för allmänheten.»

Man må nu ikke tro, at dette var en Flyvegrille hos ODHELIUS, han kom gentagne Gange tilbage til det samme Ämne. Ved sin Indträdelse i Kongl. Vetenskaps-Akademien 15 Februar 1775 — altså 3 År senere — holdt han en Tale: »Anmärkningar vid starr-operationen och den siukas skötsel derefter.» Efter at have beskrevet Operationen udtaler han:

»Nu är den egentliga Starr-Operationen förbi; den som nyss var blind, ser, och utgången är ändå ofta oviss. Man har kunnat göra Operationen med utmärkt färdighet och likafullt få den sorgen, at en oöfvervinnelig inflammation gör hela hoppet fruktlöst genom en påföljande suppuration, och den blinde blir blind; derföre ligger mycken magt på den följande tiden, at förekomma denna olycka.»

»Dertil har jag, likasom Prof. RICHTER funnit mycket bidraga om Patienten, både för och efter Operationen, genom åderlåtning, kylande laxativer och acidum vitrioli m. m. hålles uti samma regime, som vore en inflammationsfeber redan förhanden; ty oaktadt de 3 första dagarne ofta helt stilla aflöpa, så öfverfalles likafullt Patienten ibland och mot all förmodan derutaf (det har händt mig ibland, efter 9 dygns förlopp). Ögat

betäcker jag endast med fina compresser, som löst hänga framföre och ständigt hållas våte af kalt vatten, hvarmed ock den sjuke sjelf ofta tvättar och blöter det opererade ögat, besynnerligen om mornarna. De flästa operateurer bruka allahanda spiritueuse blandningar, ättika och Camfersolutioner, men min förfarenhet förkastar dem; påminne vi oss, at ögat nu är verkeligen såradt, och at alle sistnämde omslag antingen reta eller hetta, så läre vi finna skäl at öfvergifva dem. Inför Kongl. Collegium Medicum har jag ock budit til at bevisa, at ögon-inflammationer omöjeligen tåla at handteras med samma slags Medicamenter, som inflammationer i allmänhet, utan fordra sine egne medel.»

»Rummet bör hållas mörkt och svalt, der den opererade sedan skal vistas och der han efter behag får gå uppe eller ej: frisk luft insläppes som oftast, tobaksrök, os och dunkläder i sängen undvikas, och vid minsta känning af värk i det opererade ögat, appliceras blodiglar, då ock mot hvar natt gifves ett gran Opium med Nitrum, emedan, som den upmärksamme Herr Prof. Richter äfven anmärker, inflammationen är här en följd af nervernes retelser. Medelsalter göra nu besynnerligen godt til at hålla lifvet öppet och böra flitigt nyttjas. Umgänge med vänner, gladt sinne och godt hopp bidraga äfven, mer än man skulle förmodat, til en lycklig utgång.»

»Så snart ljuset kan tålas, minskas mörkret, och så fort sedan möjligt blifver, får Patienten gå ut i andra rum och småningom i fria luften, vaktande sig allenast för bläst, dam, rök, os, starkt eld- och solsken; Den försiktigheten lärer ock en hvar finna nödig, at i förstone skona ögat, och mycket långsamt lita derpå at läsa och arbeta vid ljus.» . . . .

Endelig udgav Odhelius 32 År senere (1807) en Bog: »Afhandling om Ögon-Sjukdomar», hvori han siger om Efterbehandlingen ved Depression og Extraktion:

»Den opererade bör, efter bägge Methoderne, hållas i skumt eller mörkt rum hela första veckan och intill 10:de dygnet; framför ögat hänges 4-dubbelt linne, genom en öfver pannan anlagt bindel, hvilken icke bör få röra eller trycka ögonlåcken; detta linne hålles ständigt fugtigt med kallt vatten . . . Ögonlåcken böra löst sammanhållas, ljuset icke nyfiket sökas, och de utflytande vätskorne böra fritt utlöpa, som påstår hela första dygnet, till hvilken ända nedre ögonlåcket som oftast varsamt neddrages af patienten sjelf. Patienten håller sig mycket

stilla, men behöfver ej ligga i sängen, utan kan vara därifrån om dagen.» . . . .

Der kan näppe väre Tvivl om, at denne af ODHELIUS angivne Metode har väret benyttet af hans Elever, — og det var vel alle Sveriges Läger, da han var Öfver-Medicus på Serafimerlasarettet, og der er derfor så meget mere Grund til at minde om denne märkelige Mands Fordomsfrihed og Selvständighed,

Jeg kan ikke forlade ODHELIUS denne Gang uden at omtale, at han i sin ovennävnte Afhandling om Stäroperationerne anbefaler som det bedste at benytte en Kniv med tveägget Spids, men ellers enägget, lige og jävnt tiltagende i Bredde fra Spidsen, så at den höjst er $2\frac{1}{2}$ til 3 Linjer bred. Dette er vel närmest samme Form som den BEERske Kniv. Desuden benytter han en Kystotom, som med Fladen er »ställd uti halvcirkel, smal och helt hvass spitsig», og som »bör vara böjelig nedan om det skärande bladet, och detta bör vara jämnsidigt, och vid pass af $1\frac{1}{2}$ linies bredd, afsluttande mot spetsen», ti den kan let indföres med sin stumpe Side — altså en Kystotom, der ligner den nu almindeligst brugte.

Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.

Nordisk medicinsk literatur från 1897.

Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi: J. V. HULTKRANTZ: Antropologiska undersökningar å värnpliktige. — J. E. JOHANSSON, E. LANDERGREN, KLAS SONDÉN und ROBERT TIGERSTEDT: Beiträge zur Kenntniss des Stoffwechsels beim hungernden Menschen. — E. LANDERGREN: Ueber die Erstickungserscheinungen an den Kreislaufs- und Athmungsapparaten.

J. V. HULTKRANTZ: **Antropologiska undersökningar å värnpliktige.** Tidskr. f. mil. hälsovård 1897, s. 1—31.

Efter en resumé af de undersökningar öfver de svenska värnpliktiges kroppslängd, som förf. förut offentliggjordt i tidskr. *Ymer* (ref. i Nord. med. arkiv 1896), redogöres för några mera i detalj gående undersökningar inom vissa begränsade områden af landet.

Ur de till kgl. medicinalstyrelsen insända rapporterna öfver inskrifningsförrättningarna har förf. sammanstält uppgifterna angående kroppslängden, fördelade på de enskilda häraderna eller socknarna inom Uplands regementes, Hallands bataljons och Dalregementets inskrifningsområden, hvarvid han flerestädes funnit anmärkningsvärda olikheter i berörda hänseende råda inom olika delar af ett och samma område.

Å en årsklass beväring från Vesternorrlands och Jämtlands regementens områden (resp. 699 och 546 man) har förf. vidare gjort mätningar af kroppslängden och hufvudets diametrar samt bestämningar af hår- och ögonfärgen, därvid födelseorten antecknats för att kunna särskilja infödde och inflyttade. Äfven vid denna undersökning visade beväringen från olika trakter väsentliga differenser. Så t. ex. fann förf. brakycefali förekomma hos 38 % af beväringen från kusttrakterna af Medelpad, 40,8 % från Ångermanland, då däremot den endast förekom hos 15,6 % af beväringen från det inre af Medelpad och hos 18,2 % från Jämtland. Medelindex från de nämnda områdena växlade mellan 76,97 (inre Medelpad) och 79,08 (Ångermanland). Angående öfriga detaljer hänvisas till originaluppsatsen.

Förf. framhåller slutligen vikten af, att undersökningar utföras öfver hela vårt land, innan förbättrad samfärdsel o. d. utplånar de antropologiska differenserna mellan de olika landsdelarna.

Alb. Lindström.

J. E. JOHANSSON, E. LANDERGREN, KLAS SONDÉN und ROBERT TIGERSTEDT: **Beiträge zur Kenntniss des Stoffwechsels beim hungernden Menschen.** Skand. Arch. f. Physiol., bd VII, s. 29.

Det i fråga varande hungerförsöket är det första, vid hvilket utsöndringsprodukterna blifvit fullständigt bestämda. Det egentliga hungerförsöket omfattade 5 dagar och föregicks och efterföljdes af en period på tvänne dagar med vanlig föda. Beräkningar äro utförda angående födans tillgodogörande under matdagarna, ämnesomsättningen under dessa dagar, ämnesomsättningen under hungerdagarna, aflagringen under de efter hungerperioden följande dagarna; variationerna i kolsyre- och kväfveutsöndringen under dygnets olika timmar samt förhållandet mellan kol- och kväfveutsöndringen i urinen. Angående de siffervärden dessa beräkningar lemnat hänvisas till originalafhandlingen. Af öfriga resultat må anföras: bestämning af torrsubstansen i födan och motsvarande tarmuttömningar lemnar en för praktiska behof tillräcklig kännedom om tillgodogörandet af den med födan tillförda energimängden. Vid hunger inställer sig organismen nästan redan på första dagen på ett minimalvärde för ämnesomsättningen.

J. E. J—n.

E. LANDERGREN: **Ueber die Erstickungserscheinungen an den Kreislaufs- und Athmungsapparaten.** Skand. Arch. f. Physiol. VII, 1, s. 1.

Förf. söker bestämma, om de hvarandra liknande kväfningsföreteelserna i kretslopps- och andningsorganen vore att hänföra äfven till analoga orsaker. Han bestämmer först den relativa retbarheten och uthålligheten hos de båda centra vid akut kväfning. Försöken gjordes på vuxna kaniner och kattor. De operativa ingreppen utfördes under narkos, och kväfningen företogs efter uppvaknandet. Andning och blodtryck registrerades med Hg-manometer; den eventuela muskelkrampen medels en MAREYS' tambour fästad vid buken. Bröst- och bukhålorna öppnades, nerverna på halsen afskuros, och konstgjord andning inleddes. Ryggmärgen afskars dessutom vid femte halskotan för bestämmandet af verksamheten hos de spinala kärlcentra. Det visade sig, att kärlcentrum i förlängda märgen hufvudsakligen påverkas i första retningsstadiet, de spinala centra vid det andra; i tredje stadiet inträdde maximum af retning, som i regeln varade utöfver de terminala andetagen. Hämmande hjärtnervernas centrum liksom andningscentrum påverkas redan vid retningens början, dess retningsmaximum infaller under den preterminala andningspausen, så att andnings- och hjärtstillestånd inträda samtidigt; med det sista andedraget är också hvarje spår af hjärtvagusverkan öfver.

Beträffande orsakerna till de preterminala andningspauserna och de terminala andetagen söker förf. bestämma, huruvida det är fråga om retning af en hämmande apparat eller om verkningar af spinala andningscentra. För studiet af de sist nämnda anstälde förf. mer än 50 försök, erhöll likväl blott i 25 procent spinala andningsrörelser.

På grund af sina försök och i öfverensstämmelse med iakttagelser, beträffande hämmande hjärtnerverna, kommer förf. till den slutsats, att

de nämnda företeelserna framkallas genom retning af ett hämningscentrum i förlängda märgen.

J. E. J—n.

Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi:

MYGIND: Demonstration af Skiagrafering med X-Stråler. — CHR. RIIS: RÖNTGENS X-Stråler. — MARIUS LAURITZEN: Kliniske Undersögelser over Kvälstofudskilningens Forhold til den diätetiske Behandling ved diabetes mellitus. — MARIUS LAURITZEN: Om Sammenligning af ESBACHS og KJELDAHLS Metoder. — VERMEHREN: D:o d:o. — MARIUS LAURITZEN: D:o d:o. — KJELDAHL: Svar til Dr. VERMEHREN. — VERMEHREN: Svar til Prof. KJELDAHL. — VERMEHREN: Svar til Dr. LAURITZEN. — FEHR: Om Acetonreaktioner. — I. JUNDELL: Renodling af gonococcus Neisser vid tvänne fall af gonorroisk metastas. — CARL JANSON: Om infektionskällan vid ansiktsros.

MYGIND: **Demonstration af Skiagrafering med X-Stråler.** Det københavnske medic. Selskabs Forhandl. 1896—97, S. 9.

Forf. omtaler de Forsög, der have ledet til Erkendelsen af de RÖNTGENske Stråler, forklarer de elektriske Apparater og demonstrerer Skiagraferingen.

H. Jacobäus.

CHR. RIIS: **Röntgens X-Stråler.** Hospitals-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 393 og 425.

Forf. omtaler först nogle äldre Iagttagelser, der med vort nuvärende Kendskab til Stråler med meget ejendommelige Egenskaber stå mindre uforklarlige, således de foto-fulgurale Billeder, samt de Iagttagelser og Experimenter, der mere eller mindre direkte have forberedt RÖNTGENs Opdagelse, således LENARDs og CROOKEs Undersögelser; tillige beröres de moderne Teorier om Återsvingninger i Bölger af forskellig Längde som Forklaring af Fänomenerne; herefter beskrives de Apparater, man benytter, og de Vanskeligheder, der praktisk vise sig, särligt den generende Gnistdannelse ved Afbryderen og den under Brugen indträdende for stärke Luftfortynding i CROOKEs Rör. I Korthed omtales til Slutning forskellige Tilfälde, til Dels efter egen Iagttagelse, hvor man ved Hjälp af RÖNTGENs Stråler har fastslået en Diagnose, og endeligt beröres de spredte Forsög på at anvende Strålerne i Terapien.

H. Jacobäus.

MARIUS LAURITZEN: **Kliniske Undersögelser over Kvälstofudskilningens Forhold til den diätetiske Behandling ved diabetes mellitus.** Doktordisputats. København 1897.

I Indledningen omtaler Forf. de forskellige Anskuelser, der have gjort sig gäldende med Hensyn til Kvälstofudskilningen hos Diabetikere, og derefter fölger en vejledende Oversigt over Materialet og de

Undersögelsesmetoder, der ere blevne benyttede. Forf. har benyttet ESBACHs Ureometer; i 8 Analyser foretoges Dobbeltbestemmelse efter ESBACH og KJELDAHL; da der i de 7 fandtes 0,07 % höjere N-Tal ved Ureometret end ved KJELDAHLs Metode, betragter Forf. det nävnte Tal som en konstant Differens og reducerer samtlige Kvälstofbestemmelser i Overensstemmelse hermed; Sukker og Acetone bestemmes på sädvanlig Vis; som Mål for Resorptionen benyttes et Middeltal, beregnet efter WEINTRAUDs Bestemmelser.

I Afhandlingens förste Kapitel omtales Forsög over Äggehvideomsätningen hos Diabetikere dels ved almindelig blandet Kost, dels på antidiabetisk Diät; efter at denne har väret anvendt nogen Tid, overstiger Kvälstofudgiften ikke mere Indtägten og Patienterne tiltage i Vägt. I det fölgende Kapitel behandles Näringsfedtets Indflydelse på Äggehvideomsätningen og Forsög med Äggehvidefedtdiäten hos 3 Patienter; alle tiltog i Vägt, den ene havde nogen Vanskelighed ved at konsumere de store Mängder Fedt; hertil slutter sig en Udvikling af Alkoholens Betydning i Äggehvidefedtdiäten.

I tredje Kapitel omhandles Kulhydraternes Betydning som äggehvidesparende ved diabetes, og der anföres nogle Forsög med Mälkesukker og Lävulose; i det fölgende Afsnit omtales refererende den nyeste Tids diätetiske Behandling af de sväre Tilfälde af diabetes, og hertil knyttes Iagttagelser om Acetonuri og Diaceturi. Af Forfatterens Resultater skal nävnes, at visse Diabetikere med svär Glykosuri kunde väre fri for Acetonuri og Diaceturi, når de fik relativt store Mängder Kulhydrater; indskränkedes disse, optrådte Reaktionerne. Henfald af Legemsäggehvide var ikke Betingelse for Acetonuri og Diaceturi. Reaktionernes Styrke forandredes ikke ved Indgift af store Mängder bicarbanas natricus.

I Afhandlingens sidste Kapitler behandles Äggehvidehenfaldet ved coma diabeticum, hvor Forf., stöttende sig til egne Undersögelser, hävder, at der henimod coma diabeticum opträder en mere eller mindre stärk Forögelse af Äggehvidetabet, en Stigning, som dog muligvis kan forklares ved en Indskränkning af Kalorietilförslen og en Forögelse af Diuresen; end videre Kvälstofudskilningen i Dags- og Naturin og Tilfälde af diabetes forbundne med dårlig Resorption af Födemidlerne. Afhandlingen afsluttes med 17 Sygehistorier, forsynede med meget udförlige Tabeller og Redegörelse for en Räkke af Forf. udförte Bestemmelser af Födemidlernes Vägtforandringer ved Tilberedning.

H. Jacobäus.

MARIUS LAURITZEN: **Om Sammenligning af Esbachs og Kjeldahls Metoder.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 294.

I Anledning af, at Dr. VERMEHREN ved det mundtlige Forsvar havde opponeret mod Forf:s Betragtning og Anvendelse af den fundne Differens 0,07 %, offentliggör han nogle Analyser af Urin, fortyndet med henholdsvis 1 og 2 Dele Vand, i hvilke ESBACHs Ureometer gav 0,07 % höjere N-Tal end KJELDAHLs Metode; hertil föjer Prof. KJELDAHL, at han efter det foreliggende må antage, at Afvigelsen mellem

de to Metoder vil väre at udtrykke ved en Differens og ikke ved en Kvotient.

H. Jacobäus.

VERMEHREN: **Om Sammenligning af Esbachs og Kjeldahls Metoder.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 351.

Forf. hävder, at man ikke vel kan tänke sig, at den fundne Differens, 0,07 % N, skulde väre konstant, idet den for de mindste Tal på ESBACHs Tabeller betyder en Afvigelse på 65 %, for de höjeste på 6 %; end videre anförer han flere sammenlignende Analyser, hvor Differensen er en anden, og viser, at man ved Fortynding får proportionalt mindre Urinstoftal ved ESBACHs Ureometer.

H. Jacobäus.

MARIUS LAURITZEN: **Om Sammenligning af Esbachs og Kjeldahls Metoder.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 405.

Forf. hävder, at hans Resultater ikke göre Fordring på Almengyldighed, medens han anser det for givet, at enhver, der arbejder med et Ureometer, vil finde en konstant Differens imellem dette og KJELDAHLs Metode; da Dr. VERMEHREN ved sine sammenlignende Analyser af Diabetesurin efter de to Metoder, med Undtagelse af én, som Forf. mener må skydes ud, har fundet en Differens på under 0,01 %, anser Dr. LAURITZEN sit Standpunkt for stöttet ved Dr. VERMEHRENs Undersögelser.

H. Jacobäus.

KJELDAHL: **Svar til Dr. Vermehren.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 407.

Forf. hävder, at man ikke a priori kan forkaste Dr. LAURITZENs Standpunkt, og anförer til Stötte Exempler fra den kemiske kvantitative Analyse; besynderligt er det, at den fundne Differens i det omhandlede Tilfälde er positiv.

H. Jacobäus.

VERMEHREN: **Svar til Prof. Kjeldahl.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 407.

Forf. benägter, at han har hävdet, at en slig konstant Differens overhovedet skulde väre utänkelig, men fremhäver på ny, at den ikke kan findes i det omhandlede Tilfälde.

H. Jacobäus.

VERMEHREN: **Svar til Dr. Lauritzen.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 408.

Forf. bestrider, at Dr. LAURITZEN har Ret til at udskyde en Analyse, hvor Differensen var 0,03 %, og hävder end videre, at man ikke har Lov til at sätte en ringe Afvigelse = 0.

H. Jacobäus.

FEHR: **Om Acetonreaktioner.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 341.

Forf., der for en Del År tilbage har arbejdet med Spörgsmålet om Acetonens Reaktioner, giver en kort Oversigt derover, idet han stötter sig på omtr. 1200 Analyser. Han fremhäver särligt, at alle Pröver, som anstilles på Urinen, kun kunne hjälpe os til en Formodning, om der findes Acetone i den eller ikke. Det er en uafviselig Fordring, at man må arbejde med Urindestillatet; men heller ikke i så Fald kan en enkelt Pröve bevise Acetonens Tilstedeværelse; kun når samtlige Reaktioner give positivt Resultat, have vi Vished i så Henseende.

H. Jacobäus.

I. JUNDELL: **Renodling af gonococcus Neisser vid tvänne fall af gonorroisk metastas.** Hygiea 1897, I, s. 389.

Fall 1. 31-årig timmerman. Omkring tre veckor efter en gonorré tecken till en inflammation i senskidan för musc. tib. post. dext. 4 dagar senare tecken till en inflammation i högra handleden. Kulturprof från uretra visade gonokocker. Vid punktion af senskidan erhöls ett varigt exsudat, i hvilket gonokocker påvisades direkt med mikroskopet och medels kultur på ascitesagar enligt KIEFER. Exsudatet från handleden befans däremot sterilt.

Omkring senskidan uppstod så småningom en större granulationshärd, som inciderades. De med vissa mellantider under 3 veckor från dessa granulationer exciderade profven visade sig vid kulturförsök innehålla gonokocker. Några kolonier, uppkomna från dessa granulationer, inokulerades på en pat. med tumor cerebri i sista stadiet och framkallade en typisk gonorré. Detta är första gången som gonokocker blifvit med säkerhet påvisade i en senskida.

Fall 2. 33-årig förvaltare. 5 veckor efter en gonorré symptom af en gonit. sin. acut. I det genom punktion resp. incision erhållna exsudatet påvisades gonokocker upprepade gånger medels kultur på ascitesagar. Dessa gonokocker fingo göra trenne djurpassager. Icke desto mindre hade de bibehållit sin specifika karakter, ty efter passagerna framkallade de gonorré efter inokulation i en manlig uretra.

Jundell.

CARL JANSON: **Om infektionskällan vid ansiktsros.** Hygiea 1897, I, s. 117.

Förf. anser, att streptokockerna, som i allmänhet äro oskadliga saprofyter i våra svalg, understundom kunna få en så hög grad af virulens, att de först framkalla angina och coryza och sedan erysipelas, eller också erysipelas direkt utan dessa mellanled, och att infektionen vid ansiktsros vanligen tillgår på detta sätt.

Edgren.

Speciel patologi och terapi: D. JACOBSON: Om Patogenesen af delirium tremens. — F. LEVISON: Urinsyren som Sygdomsårsag. — HANS KAARSBERG: En Bemärkning i Anledning af Dr. J. S. MÖLLERS Foredrag om Klorosen. — KRAGELUND: Klorotiske Tilstande. — HANS KAARSBERG: Åbent Brev til Dr. med. KRAGELUND. — KJELGAARD: Morfininjektioner forsögt som systematisk Behandling ved Hämoptyse.

D. JACOBSON: **Om Patogenesen af delirium tremens.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 143, 165, 189, 221.

Forf. har på basis af et på Kommunehospitalets 6te Afdeling samlet Materiale sögt at udrede Årsagerne til delirium tremens; han har kun benyttet de ikke dödeligt forlöbende Tilfälde af delirium hos Mänd, fordi så vel de letale Tilfälde som de hos kvindelige Patienter opträdende ikke kunde tilsträkkelig nöjagtig oplyses i anamnestisk Henseende. Tilbage blive da 247 Tilfälde, af hvilke 202 vare ukomplicerede, 45 komplicerede med alvorligere Lidelser. Flertallet af Deliristerne havde för det förste Anfald drukket meget og länge. Forf. har aldrig set noget Tilfälde af delirium hos en Person, der kun en enkelt Gang eller for et kortere Tidsrum havde excederet; 77 % af Patienterne vare i Alderen 30 til 50; som oftest have Deliristerne overvejende eller udelukkende drukket Brändevin, medens kun 6 % udelukkende havde holdt sig til bajersk Öl; den daglige Ration varierede fra 1 Pägl til over 1 Pot, kun et ringe Antal vilde kun indrömme ½ Pägl daglig.

Ikke alle Drankere få imidlertid delirium; der må altså en Lejlighedsårsag til, og af sådanne har Forfatterne nävnet en hel Räkke, deriblandt särlig Travmer.

Angående Travmernes Betydning oplyser J., at vel har en Del (14) af hans Patienter haft större Läsioner af denne Art; men når man nöjere analyserer Tilfäldene, så viser det sig, at Patienterne enten have väret i Prodromalstadiet eller i fuldt delirium, da de tildrog sig Travmet, så at dette ikke kan anses for at have väret Foranledning til Deliriets Udbrud. Derimod synes et tidligere stedfundet trauma capitis at kunne få Betydning ved at forringe Hjärnens Modstandskraft; i omtr. 15 % kunde et sådant påvises at have fundet Sted et eller flere År för Deliriets Udbrud.

Af de 45 komplicerede Tilfälde af delirium vare de 22 komplicerede med Pnevmoni; når man medregner de letalt forlöbende Tilfälde af delirium, finder man, at omtrent hver 8de Delirist tillige har en Pnevmoni.

Det viser sig nu, at i Hovedmassen af Tilfäldene er delirium tremens först opstået under Forlöbet af Pnevmonien, hyppigst på dennes 4de Dögn, själdnere både för og senere; Pnevmoni og delirium gå imidlertid ikke jävnsides; i 11 Tilfälde kom der kritiske Sövn, uden at Temperaturen faldt, i 3 Tilfälde vedblev Deliriet, uagtet Pnevmonikrisen indtrådte; i 8 Tilfälde faldt dog Sövn og Krise sammen.

Uagtet delirium tremens således ikke synes at kunne betragtes som Resultat af en Infektion med Pnevmokokker, synes dog meget at tale for at betragte den som en Art Infektionssygdom; herfor taler blandt andet den kritiske Sövn, der i alle de ukomplicerede Tilfälde afsluttede Deliriet; i 10 Tilfälde optrådte rigtig nok Deliriet igen efter Sövnen, men först 2 til 3 Dögn senere, altså som en Art rechute, og endte atter på samme Måde med en dyb Sövn; den kritiske Sövn indtrådte i de fleste Tilfälde (100) senest 3 Dögn, efter at delirium var brudt ud; i 24 Tilfälde varede Deliriet 4 Dögn og nåede i 9 Tilfälde 5 Dögn. Prodromalstadiet synes at vare et Par Dage, og hele Sygdommens Forlöb tager altså 6 til 7, höjst 8 Dage; i et overvejende Antal Tilfälde var det ukomplicerede delir. tremens ledsaget af Temperaturstigning, og Sövnen medförte Tilbagevenden til normal Temperatur enten ved et brat Temperaturfald eller ved en sukcessiv Synken af denne henimod Sövnen; også Albuminuri er en meget hyppig Komplikation (i omtr. 60 %), om end Äggehvidemängden var meget varierende, fra Spor til 1 til 1½ p. M.; der synes at väre et vist Forhold mellem Temperaturstigningen og Albuminurien. Nästen altid lader et betydeligt Vägttab sig konstatere, själden under 500 Gm.

Da J. selv kun har iagttaget 12 letale Tilfälde af ukompliceret delir. tremens, har han samlet Sektionsresultaterne af alle sådanne Tilfälde fra 1ste Januar 1890 til 1897 og derved fået 72 Tilfälde; i 45 af disse angives Milten at have väret stor, blöd, henflydende, i 9 Tilfälde hyperämisk — kun i 7 Tilfälde erkläres Milten for normal; — samtidig fandtes også parenkymatös Degeneration af Hjärte, Lever og Nyrer.

Forf. närer den Overbevisning, at Behandlingen ikke er i Stand til at afkorte Sygdommens Forlöb, og at särlig Kloralbehandling ikke er i Stand til at fremskynde den kritiske Sövn.

Idet Forf. altså mener, at delir. tremens har en vis Lighed med en Infektionssygdom, tror han dog ikke på, at det just er en enkelt bestemt Infektionsbärer, som alene kan fremkalde den, men formulerer sin Opfattelse således, at den ved kronisk Alkoholforgiftning sväkkede Hjärne ved et toxisk Plus foranlediges til delir. tremens; dette toxiske Plus kan enten väre en ved Bakterieinfektion frembragt Gift eller väre dannet ved Avtointoxikation fra Mave, Tarmkanal, Lever, Nyre o. s. v. Herved vilde man også få en Forklaring på den hyppige Forekomst af Recidiver. *F. Levison.*

F. LEVISON: **Urinsyren som Sygdomsårsag.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 339. Med Diskussion. Det köbenhavnske medic. Selskabs Forhandl. 1896—97, S. 33.

Forf. protesterer mod Berettigelsen af Ordet »Urinsyrediatese» som Fällesbetegnelse for arthritis, Nyregrus og en Mängde Affektioner, ved hvilke Urinsyreudskillelsen synes foröget. Ved en Diatese må nemlig forstås et sygeligt Anläg, beroende på et med Blodet cirkulerende skadeligt Stof; men talrige Undersögelser have vist, at Urinsyren ikke er noget Giftstof, og at den ikke volder nogen Ulämpe, så länge den i Oplösning cirkulerer med Blodet.

Heller ikke KOLISCH's Forsög på at sätte en Alloxurdiatese i Steden for Urinsyrediatesen lader sig hävde; Alloxurbasernes Mängde står ikke i noget konstant Forhold til Urinsyreproduktionen og kan variere meget betydeligt uden at medföre nogen Forandring af Befindendet.

Man har ment, at man for Alkaliernes Anvendelighed ved Behandlingen af disse Lidelser kunde e juvantibus slutte til en Urinsyrediateses Tilstedevärelse; men Alkaliernes terapevtiske Värdi indskränker sig til at mätte Urinens for stärke Syremängde og derved sätte den i Stand til at holde Urinsyren i Oplösning; nogen Forandring af Blodets Reaktion kan ikke nås ved mådeholdne Doser af alkaliske Midler og vilde man foröge Dosis så stärkt, at Blodet blev overmättet med Alkali, kunde dette kun medföre Skade, således som man jävnlig har set ved Behandling af arthritis, hvilket også nu anerkendes af de betydeligste Forskere på dette Område.

Sandsynligheden er da snarere for, at en stor Mängde forskellige Lidelser före til en foröget Urinsyreproduktion, og at den forögede Udskillelse af Urinsyre ikke er den fälles Årsag til de mange forskellige Symptomer, men kun et Kendetegn på, at i mange Lidelser af forskellig Art Blodets og navnlig de hvide Blodlegemers Omsätning er forandret således, at meget Nuklein i Legemet går til Grunde.

Når abnormt store Mängder Urinsyre i längere Tid udskilles med Urinen, og särlig når dennes Reaktion samtidig er stärk sur, udfäldes Urinsyren som Krystaller allerede i Nyren og give Anledning til Irritationstilstande af denne og i Längden til blivende patologiske Forandringer, särlig Skrumpninger.

Irritationstilstande af Nyrerne röbe sig ved talrige Reflexsymptomer, särlig udstrålende Smerter, og ved mental Depression, således som Forf. i tidligere Arbejder har udviklet. Särdeles tydeligt iagttages dette hos Börn; L. har set karakteristiske Symptomer på Nyreirritation ved Urinsyreudfäldning hos 21 Börn i Alderen fra 2 til 13 År.

Symptomerne ere: Gnavenhed, Uoplagthed, Tab af Madlyst og urolig Sövn med hyppig Faren op, undertiden pavor nocturnus; der er Kvalme, af og til Opkastning, jävnlig Obstipation, Smerte, der hyppigst lokaliseres om umbilicus, men i enkelte Tilfälde lokaliseredes til höjre annulus inguinalis eller regio coecalis; desuden iagttoges hyppig Vandträngsel, ofte Skären ved Vandladningen. — Temperatur og Puls normale. I Urinen findes altid en Mängde Urinsyrekrystaller, desuden Levkocyter og jävnlig Cylindre, så vel kornede som hyaline, ofte besatte med Nyreepitel.

Behandlingen består i at give så stor Mängde af Alkali, at Urinen sättes i Stand til at holde Urinsyren i Oplösning, og i at foröge Diuresen, og ved denne Behandling svinde alle de nervöse Symptomer som oftest i ét eller to Dögn.

Da Urinsyreudskillelsen beror på forstärket Henfald af hvide Blodlegemer, vil styrkende Behandling, särlig Järn, Arsenik o. s. v., väre hensigtsmässig.

Behandling så vel med Alkalier som med tonica må fortsättes i lang Tid, Måneder, undertiden År, når man vil sikre sig mod pludselige Tilbagefald.

Ved den påfölgende Diskussion fremhävede Prof. FABER, at transitorisk Albuminuri hos Börn kunde skyldes Irritation af Nyrerne ved Urinsyrekrystaller.

F. Levison.

HANS KAARSBERG: **En Bemärkning i Anledning af Dr. J. S. Möllers Foredrag om Klorosen.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 248.

KRAGELUND: **Klorotiske Tilstande.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 316.

HANS KAARSBERG: **Åbent Brev til Dr. med. Kragelund.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 394.

Diskussion om Klorosen og om dennes mulige Forhold til Infektioner og Diateser, särlig den såkaldte »urinsure Diatese».

F. Levison.

KJELGAARD: **Morfininjektioner forsögt som systematisk Behandling ved Hämoptyse.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 244.

Forf. meddeler et Tilfälde af stärk Hämoptyse hos en Ftisiker, som havde trodset al anden Behandling og bragt Pat. i en fuldständig Kollapstilstand, men som standsede efter regelmässig Anvendelse af Morfininjektioner 4 Gange daglig 1 Cgm.

F. Levison.

Kirurgi och oftalmiatrik: C. M. NORMAN HANSEN: Om Konjunktivalplastik. — V. SAXTORPH STEIN: Om Avtoskopi. — H. MYGIND: Bemärkninger om Stammen, med särligt Hensyn til dens Årsager og Behandling. — H. C. SLOMANN: Afbrydning af Ansigtsskelettet fra basis cranii. — H. C. SLOMANN: Resektion af ductus Stenonianus ved Exstirpation af et Karcinom; Indsyning af den centrale Stump i Kindens Slimhinde; Helbredelse uden Spytfistel. — H. C. SLOMANN: Invaginatio ileocoecalis acuta. Laparotomi og Desinvagination. Helbredelse. — TH. ROVSING: Psevdomembranös pyelitis. — THORKILD ROVSING: Kliniske og experimentelle Studier over Urinorganernes infektiöse Sygdomme. — H. KIÆR: Om Indförelse af NÉLATONS Kateter. — MAX MELCHIOR: Cystitis og bacterium coli. — CAMILLUS NYROPS Etablissement: Instrumentväsen.

C. M. NORMAN HANSEN: **Om Konjunktivalplastik.** Med Diskussion. Det köbenhavnske medic. Selskabs Forhandl. 1896—97, S. 12.

H. meddeler et Tilfälde af perforerende Läsion af bulbus i Ciliaregnen, opstået ved Slag med en ophedet Tang. Da Såret var meget stort og uregelmässigt, kunde Skleralsutur ikke anvendes, hvorfor H. lösnede conjunctiva på bägge Sider af Såret i stor Udsträkning og forenede Lapperne henover Såret. Resultatet blev särdeles godt, hvorfor H. anbefaler denne Fremgangsmåde for lignende Tilfälde; ligeledes foreslår han ved Stäroperation, hvor der er Mistanke om blenorrhoea sacci lacrymalis, at beskytte Korneasåret ved at löspräparere conjunctiva ovenover og forene med Suturer henover Såret.

I Diskussionen bemärkede BJERRUM, at en sådan Konjunktivalsutur ikke bör kaldes Konjunktivalplastik. Resultatet i det meddelte Tilfälde var muligvis blevet lige så godt uden Sutur. Däkning af Stärsnit i cornea med en Konjunktivallap anser B. for absolut uheldig af Hensyn til den forögede Mulighed for Infektion. Vil man have en Konjunktivallap, kan denne udskäres sammen med Korneasnittet; Sutur er ikke at anbefale.

Edm. Jensen.

V. SAXTORPH STEIN: **Om Avtoskopi.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 367.

Omtaler Avtoskopien, d. e. den direkte Laryngoskopi efter den af KIRSTEIN angivne Metode. Forsögene ere anstillede på Köbenhavns Poliklinik, Öreafdeling A. — STEIN benytter en kraftigt bygget, retvinklet böjet Tungespatel (som findes aftegnet), der föres ned i Fordybningen mellem Tungeroden og epiglottis, der presses forefter. Som Lyskilde benyttes Gasblus eller elektrisk Belysning. Han har avtoskoperet 150 Patienter med det Resultat, at han i omtr. 74 % har kunnet se cart. aryt., bageste Larynxväg og et större eller mindre Stykke af Stemmebåndene; i omtr. 17 % har han set Spidserne af cartt. arytt. og i Resten af Tilfäldene kun epiglottis.

Schmiegelow.

H. MYGIND: **Bemärkninger om Stammen, med särligt Hensyn til dens Årsager og Behandling.** Hospitals-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 305 og 333. *Med Diskussion.* Det köbenhavnske medic. Selskabs Forhandl. 1896—1897, Sid. 47.

Forf. omtaler Stammens Hyppighed, dens Årsager, hvorunder Könnets, Alderens, Arvelighedens, Näsesvälgsygdommenes og flere andre Momenters större eller mindre Indflydelse på Lidelsens Opträden diskuteres. Arveligheden spiller en stor Rolle, idet 59 af 140 stammende, d. e. 42 %, havde Slägtninge, der stammede eller havde stammet.

Forf. anser Stammen for en Nevrose, der i ätiologisk Henseende er beslägtet med de såkaldte Degenerations-Nevropatier. Afsnittet »Behandlingen af Stammen» beskäftiger sig med a) Forebyggelse af Stammen, b) Behandling af lette Tilfälde af Stammen og c) Behandling af svärere Tilfälde af Stammen.

I den Foredraget ledsagende Diskussion i Medicinsk Selskab deltog Dr. HADERUP, som mente, at Stammen optrådte hyppigst hos Börn henimod Pubertetsalderen (1 %).

Schmiegelow.

H. C. SLOMANN: **Afbrydning af Ansigtsskelettet fra basis cranii.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 261.

En 35-årig Mand, Alkoholist, pådrog sig ved at styrte ned fra en Vogn forskellige Läsioner, en subkutan Overrivning af m. pectoralis maj., Fraktur af scapula og andre mere overfladiske Läsioner. Der var ingen cerebralia, ingen Blödning fra Örerne. Da han havde overstået et Deliriumsanfald, lagde man Märke til en Asymmetri af Ansigtsskelettet; han kunde kun i ringe Grad fjärne Tänderne fra hverandre, överste Tandräkke var forskudt fortil og drejet til venstre; en i Mundhulen indfört Finger, der trykkede Overmundsfortänderne fortil, kunde få hele Ansigtspartiet til at vippe, uden at der dog fremkaldtes nogen strepitus. Der var abnorm Mobilitet ved radix nasi, ved överste laterale Hjörne af margo orbitalis på bägge Sider og omtrent midt på bägge arcus zygomatici. Frakturen, der rimeligvis er opstået ved et Slag på höjre Kindben, helede uden Komplikationer.

Kr. Poulsen.

H. C. SLOMANN: **Resektion af ductus Stenonianus ved Exstirpation af et Karcinom; Indsyning af den centrale Stump i Kindens Slimhinde; Helbredelse uden Spytfistel.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 264.

Under Excisionen af en tumor ved forreste Rand af m. masseter borttoges et $1\frac{1}{2}$ Cm. stort Stykke af ductus Stenonianus; den centrale overskårne Ende föres gennem Midten af masseter og Kindens Slimhinde tät foran forreste Rand af ramus lateralis max. inf., hvor den fixeres ved Suturer. — Reaktionslöst Forlöb.

Kr. Poulsen.

H. C. SLOMANN: **Invaginatio ileo-coecalis acuta. Laparotomi og Desinvagination. Helbredelse.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 266.

En 43-årig Kvinde overfaldtes Dagen inden Indläggelsen på Sygehus af häftige Smerter i Underlivet, Opkastninger, Afgang af lidt blodig Afföring. Der konstateredes i venstre Side af Underlivet en pölseformet tumor, og ved Rektalexplorationen föltes Ampullen aflukket af en Prominens, der mindede om en svullen portio vaginalis. Ved store Vandlavementer svandt tumor i rectum; men Svulsten i Underlivet presisterede, hvorfor der 1½ Dögn efter Sygdommens Begyndelse gjordes Laparotomi i linea media; peritonæum lidt injiceret; der fandtes en invaginatio ileo-coecalis, hvis distale Ende lå på venstre Side af Promontoriet; ved Träk i den indträdende Tarm opnåes intet, derimod foregik Desinvaginationen let ved at skyde det invaginerede Parti opefter. Der afgik flatus 2den Dag, men da der kom Trang til Afföring, gaves et Par Dage 10 Opiumsdråber; herved standsedes Afgangen af flatus, der kom Opdrivning af Underlivet, Feber, der först tabte sig efter en Dilatation af sphincter, hvorved udtömtes en betydelig Mängde Luft. Patienten udskreves helbredet.

Kr. Poulsen.

TH. ROVSING: **Psevdomembranös pyelitis.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 213, 237.

I lang Tid har man vidst, at der med Urinen kunde afgå Membranstykker, der i nogle Tilfälde bestod af nekrotisk Slimhinde, i andre, og det de hyppigste, af Fibrinmasser, hvori talrige Bakterier; man antog, at disse Fibrinmasser skyldtes en krupös Betändelse af Blärens Slimhinde, og man talte om en cystitis pseudomembranosa. Forfatteren beskriver nu 2 Tilfälde af psevdomembranös pyelitis, hvor Blären var sund.

I. 43-årig Kvinde, der i längere Tid havde lidt af nephrolithiasis; i sidste Par År Afgang under stärke Smerter af större og mindre Klumper, lignende kogt Köd; udenfor Anfaldene er hun smertefri. Den venstre Nyre er forstörret; ved Kystoskopet ses Bläreslimhinden sund, der flyder pus og små Klumper ud af venstre ureter. Urinen reagerer sur. Den mikroskopiske Undersögelse af Membranklumperne viste, at disse bestod af Fibrin og bact. coli i rigelig Mängde; i Midten fandtes Konkrementer af urinsure Salte og oxalsur Kalk. Der stilledes Diagnosen på primär nephrolithiasis med sekundär psevdomembranös pyelitis. Pat. afslog Operation, da hun befandt sig så vel udenfor Anfaldene.

II. 51-årig Kvinde. I flere År nephrolithiasis og anfaldsvis Afgang af Membranmasser; de ligne olivenformede Masser, ere lagdelte, blöde, lignende kogt Köd, i Midten indeholde de et blödt Konkrement af Urater, mikroskopisk bestå de af Fibrin og Masser af bact. coli. I April 96 fik Pat. et meget stärkt Anfald med peritonitiske Symptomer, höj Feber, der först mindskedes, efter at der var udtömt et Par Pägle pus, iblandet de omtalte Klumper. Den venstre Nyre var svullen og öm; i Urinen, der var sur, en rigelig Mängde pus.

Ved Kystoskopien viste Bläreslimhinden sig at väre normal; fra höjre ureter udströmmede klar Urin, fra den venstre derimod pus. Der göres den $^{19}/_{5}$ Nefrotomi på venstre Side, hvorved udtömtes en stor Mängde pus og Membranstumper; Nyren er omdannet til en Mängde Hulrum, fyldte af Klumper og blödt Grus, nedad mod ureter föles Enden af et Konkrement. Der foretages derfor Nyreexstirpation, ureter udskylles omhyggeligt, idet der samtidig lägges et Kateter i Blären; herved fjärnes en Del Membranstumper. Reaktionslöst Forlöb. Präparatet viste en Pyonefrose med stärkt fortyndet Nyreväv; Pelvisslimhinden glat, uden krupöse Aflejringer. Efter at Pat. var begyndt at komme op, kom der Smerter ved Slutningen af Vandladningen og Fornemmelse af et Legeme, der tyngede ned i Blären. Ved Kystoskopet sås da i venstre Ureteregn et valnödstort Legeme rage frem i Blären, ved Sonden fås hård Stenlyd. Der gjordes sectio alta, og Stenen, hvis ene Tredjedel ragede ind i Blären, akkoucheredes ud; den var af Störrelse som en stor Hasselnöd, havde en porös Overflade. Bläresåret lukkedes, Kateter à demeure. Heling per primam. Pat. har senere befundet sig vel.

Forf. er tilböjelig til at tro, at en Del af de som pseudomembranöse Kystiter beskrevne Tilfälde er Pyeliter, hvor de kystitiske Symptomer fremkomme ved Membranernes Passage gennem ureter og urethra. Han stötter denne Antagelse dels på, at i hans Tilfälde var Bläreslimhinden normal, dels på, at den tilstedeværende Bakterie er bact. coli, som han i et stort Antal Tilfälde har set giver pyelitis, själdnere cystitis. Membrandannelsen anser han som noget specifikt for pågäldende Bakterie. En nephrolithiasis skaffer Blödning og Fibrindannelse i pelvis, en Koliinfektion träder til og skaffer en pyelitis; når der nu er en Stagnation ved en indkilet calculus, trives Bakterien vel og formerer sig stärkt, den tränger ind i Membranmasserne og angriber de af disse omsluttede calculi, som destrueres og blive poröse, til sidst smuldre de hen. En dyberegående Betändelse af Slimhinden med krupöse Aflejringer fandtes i ethvert Tilfälde ikke i det af Forf. opererede Tilfälde.

Kr. Poulsen.

THORKILD ROVSING: **Kliniske og experimentelle Studier over Urinorganernes infektiöse Sygdomme.** København 1897. 267 Sider.

I det foreliggende Arbejde meddeler Forf. de Erfaringer, han har gjort angående Kystiternes Ätiologi, siden han i 1889 udgav sin Doktordisputats: »Blärebetändelsernes Ätiologi, Patogenese og Behandling». Grundlaget for Afhandlingen dannes af 125 af Forf. nöje undersögte Tilfälde. Som bekendt opstillede R. i sin Tid fölgende Former af cystitis: de ammoniakalske og de sure; de förstnävnte deltes atter i de katarralske, opståede ved Indvirkning af urinstofdekomponerende Bakterier, og de suppurative, hidrörende fra urinstofdekomponerende og pyogene Bakterier; de sure Kystiter vare tuberkulöse.

Forf. er senere fra forskellige Sider angreben for denne Ordning af de ätiologiske Forhold; navnlig har man hävdet, at der findes flere Former af sure Kystiter end de tuberkulöse, end videre er bact. coli opstillet som den väsentligste ätiologiske factor, en Bakterie, som R.

i sin Tid ikke skänkede videre Opmärksomhed. Det er disse forskellige Angreb, som have fremkaldt Forf:s Arbejde, der er af stärk polemisk Natur.

Forf. har også fundet sure Kystiter, dog ikke så mange, som andre have gjort, end videre har han også iagttaget Kolonbakterien; men i et stort Antal Tilfälde har det ikke drejet sig om cystitis men om en pyelitis med kystitiske Symptomer. Forf. hävder, at sådanne kunne findes ved en fuldständig sund Bläreslimhinde, hvad han har konstateret ved Kystoskopets Hjälp, og han fordrer, at denne Undersögelse skal väre udfört, för Diagnosen cystitis opstilles. End videre har han fundet, at Koloninfektionen, i Modsätning til andres Meddelelser, er af en relativ godartet Natur; Patienterne kunne leve i lang Tid i bedste Velgående, trods det at Urinen kan vrimle af de omtalte Bakterier.

Först meddeles en Del Tilfälde af Bakteriuri, dels rene, dels sådanne, hvor Urinen tillige indeholdt Pusceller; Bakterien var udelukkende bact. coli. Bakteriurien er i meget själdne Tilfälde vesikal alene, hvad der for en stor Del beror på, at Infektionen hyppigst finder Sted gennem Nyrerne; i den störste Del af Forf:s Tilfälde kunde Infektionen kun väre sket ad Blodvejen. Findes en sol. continui, f. Ex. fremkaldt ved calculi eller ved Instrumenters Indförelse, kan der til Bakteriurien slutte sig en Betändelse; men denne er i Regelen overfladisk og angriber ikke Patienternes Sundhedstilstand i höjere Grad. En lokal Blärebehandling er i Regelen illusorisk; man må udskylle Nyrerne ved rigelig Vanddrikken (almindeligt kogt Vand, ikke alkaliske Vande), måske kan Salol gavne; dog trodser Bakteriurien ofte enhver Behandling.

I 2det Kapitel meddeles 21 Tilfälde af pyelitis uden cystitis, nogle dog med kystitiske Symptomer; men Kystoskopet viste Slimhinden naturlig. Urinen var sur og indeholdt kun bact. coli. Forf. polemiserer stärkt mod den Betydning, den GUYONske Skole har tillagt denne Bakterie som Kystitismikrob. Han finder det märkeligt, at i ingen af hans Tilfälde var Bläreslimhinden lidende trods det, at Urinen indeholdt, og det i flere År, Myriader af Kolonbaciller. Og den alvorlige Fare, man har tillagt Infektionen, modbevises ved det Velbefindende, Forf:s Patienter have nydt. Behandlingen har väsentlig gået ud på at udskylle Nyrerne, Patienterne have måttet drikke 1½—2 Potter kogt eller destilleret Vand daglig. Nogle er komne sig derved, på andre er der gjort operative Indgreb, idet det ofte er en af og til symptomlös nephrolithiasis, der ligger til Grund for Lidelsen.

Derefter omhandles i et 3dje Kapitel 14 Tilfälde af pyelitis med komplicerende cystitis; i 11 var Urinen alkalisk, ammoniakalk, i 3 sur; 1 Gang drejede det sig da om en Tyfusinfektion, i de 2 andre om Tuberkulose. Hvor Urinen var alkalisk, har det drejet sig om forskellige urinstofdekomponerende, pyogene Bakterier, og Infektionen har väret ganske anderledes alvorlig end i de Tilfälde, hvor Kolibakterien har behersket Sygdomsbilledet.

I ikke få Tilfälde har der väret nephrolithiasis, og det er utvivlsomt denne, der ved Irritation har fremkaldt de for Infektionen nöd-

vendige sol. continui. Hvor Urinen har väret alkalisk, er med Held anvendt Borsyre i Forbindelse med rigelig Vanddrikken.

I 4de Kapitel omhandles Kystiterne. Forf. fastholder sin gamle Inddeling og fremförer flere Exempler på den af ham opstillede, men af mange angrebne cystitis catarrhalis, beroende på urinstofdekomponerende, men ikke pyogene Bakterier, hvor det slimede, puslignende Bundfald kun indeholder en enkelt Puscelle, men talrige Bakterier. Helbredelse indträder nästen altid ved Borsyre eller et andet nevtraliserende Stof.

De suppurative Kystiter deles i de ammoniakalske (49 Tilfälde) og de sure (13 Tilfälde). Blandt de förstnävnte er fundet forskellige urinstofdekomponerende, pyogene Bakterier, flere Gange sammen med bact. coli; i nogle Tilfälde er denne så dominerende, så det kun ved talrige Spredningsforsög lykkes at påvise andre urinstofdekomponerende Bakterier; sådanne Tilfälde kunne let bringe én på den Tanke, at det er bact. coli, der er den eneste inficerende Bakterie, og da denne ikke kan dekomponere Urinstoffet, kan man forstå, at den GUYONske Skole har lagt liden Vägt på denne Dekomposition, som for Forf. er så vigtig ved Kystitens Opståen. Forf. opfatter den komplicerende Koloninfektion som värende af meget ringe Betydning; det er de andre tilstedevärende Bakterier, der bevirke Blärebetändelser; måske kunne de på en Måde kväles af den sig rigeligt formerende Kolibacil; men denne er ikke en Gang i Stand til at vedligeholde Kystiten, når den er fremkaldt; i flere Tilfälde har Forf. standset Betändelsen ved Lapisinjektioner trods det, at Kolonbacillerne ere vedblevne at väre tilstede.

Med stort Held har Forf. behandlet disse Kystiter med Lapisinjektioner, 50 Gm af en 2 % Opl. har han ladet indvirke i en 4—5 Minutter, derefter har han udskyllet 3 Gange med sterilt Vand. Af og til er Behandlingen smertefuld, Smerten lindres dog i Regelen ved en Morfinstikpille.

Blandt de sure Kystiter har det i 5 Tilfälde drejet sig om Tuberkelbaciller, i 1 om bacillus typhi, i 4 om Gonokokker (en Gang sammen med bact. coli), i 4 om bact. coli, i 2 om streptococcus pyogenes og i 1 endelig om en diplococcus aureus. Lapisbehandlingen er god undtagen ved den tuberkulöse Infektion, der kräver en mere indgående, i Regelen operativ Behandling.

5te Kapitel har til Overskrift: »Experimentelle Undersögelser»; ved en Räkke Reagensglasforsög viser Forf., at bact. coli ikke er urinstofkomponerende, end videre, at denne Bakterie er i Stand til at overvälde, måske tilintetgöre pyogene Stafylo- og Streptokokker, Forsög, som Forf. tager til Stötte for sin Antagelse, at de Forfattere, der kun have fundet bact. coli ved den ammoniakalske cystitis, have overset den urinstofdekomponerende og til Grund for Kystiten värende Bacil. Ved en Del Dyreforsög vises endelig, at den fra normal Tarm dyrkede Kolonbacil ikke er patogen for Dyr; ved Forsög med Kolonbaciller fra syge Menneskers Tarm eller Urin var Resultatet svagt negativt, snart et let Ildebefindende, af og til en dödelig Intoxikation, stadig uden tilstedevärende Suppuration; ved Indspröjtning i ureter eller pelvis fik man en ikke särlig stärk Betändelse af Slimhinden, uden at Nyren

angrebes. Anderledes ved Forsög med de urinstofdekomponerende Bakterier, her kommer en häftig suppurativ pyelitis og nephritis.

Til Slutning samler Forf. Resultaterne af sine Undersögelser og sammenligner dem med andre Undersögeres. Han hävder Godartetheden af den hyppig tilstedeværende Koloninfektion, som let indfinder sig, når Tarmen er lidende; den bevirker en i Regelen overfladisk Betändelse, når der er gunstige Betingelser for en sådan (sol. continui ved calculi, Retentioner). En rigtig alvorlig cystitis fås kun ved de urinstofdekomponerende Bakterier.

Kr. Poulsen.

H. KIÆR: **Om Indförelse af Nélatons Kateter.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 409.

De blöde Katetere ere ofte vanskelige at indföre, idet de ikke kunne styres; man er nödsaget til at fatte tät ved Spidsen, hvorved der stilles store Fordringer til Håndens Desinfektion. Forfatteren mener, man kommer ud over disse Ulämper ved at indföre Kateteret med Mandrin i.

Kr. Poulsen.

MAX MELCHIOR: **Cystitis og bacterium coli.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 363, 385, 409.

Efter et Referat af forskellige Cystitisafhandlinger, der ere fremkomne efter Forf:s Disputats (»Om cystitis og Urininfektion» 1893), hvorved det fremgår, at bact. coli er den hyppigste Cystitismikrob, anföres, at Forf. selv har undersögt 37 Tilfälde, 22 sure og 15 ammoniakalske; flere Gange er Kystoskopet anvendt for at sikre Diagnosen; 13 Gange fandtes bact. coli, deraf 12 Gange i Renkultur. Forf. polemiserer dernäst skarpt mod de af ROVSING fremsatte Anskuelser (ROVSING: Om bact. colis Betydning for Urinvejenes Patologi. Hosp.-Tid. 1895), som for Resten nylig ere präciserede i hans Bog: Kliniske og experimentelle Studier over Urinorganernes infektiöse Sygdomme, Köbenhavn 1897; — MELCHIORs Afhandling er trykt inden Udgivelsen af ROVSINGs Arbejde. MELCHIOR hävder, at bact. coli angriber Blärens Slimhinde, at Ammoniurien kun spiller en underordnet Rolle, og at Kystiterne hyppigst ere sure. Ved Forsög modbeviser MELCHIOR ROVSINGs Antagelse, at Kolonbakterien ved sin rigelige Växt vil väre i Stand til at hämme Udviklingen af andre urinstofdekomponerende Bakterier, så at man får Indtryk af, at Kolonbakterien er den eneste virksomme.

Kr. Poulsen.

CAMILLUS NYROPs Etablissement: **Instrumentväsen.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 321.

Beskrivelse og Afbilding af en steriliserbar Glasspröjte (LUERs Model), en DOYENs Suturlanse, sammes Propträkker til at träkke Svulster frem af Underlivet, forskellige Intubationsinstrumenter, samt en

ganske snedig Trepan (tysk Opfindelse), hvorved man kan fjärne Benskiver, hvis indvendige Diameter er mindre end den udvendige.

Kr. Poulsen.

Psykiatri: SÖREN HANSEN: Om Antallet af Epileptikere i Danmark. — A. SELL: Om Antallet af Epileptikere i Danmark. — K. PONTOPPIDAN: Hypokondri. Momenter af de funktionelle Nevrosers psykiske Behandling. — Medicinsk Selskab og Prof. K. PONTOPPIDAN.

SÖREN HANSEN: **Om Antallet af Epileptikere i Danmark.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 373.

A. SELL: **Om Antallet af Epileptikere i Danmark.** S. St., S. 419.

I Anledning af, at det i en Indbydelse til at yde Bidrag til Oprettelsen af en Koloni for Epileptikere var udtalt, at der i Danmark formentlig findes omkring 10 000 Epileptikere, meddeler HANSEN, at Overläge HALLAGER i en Artikel i Berlingske Tidende for 1 April d. Å. har hävdet, at Antallet rettelig bör sättes langt lavere, nemlig til omtrent 3 000. HANSEN opstiller en Beregning, hvorefter man kommer til samme Resultat. — Derimod fastholder SELL, som angiver sig som Ophavsmand til det anförte store Tal, at Sandheden ligger närmere ved dette, men at bägge Angivelser ere rent skönsmässige.

P. D. Koch.

K. PONTOPPIDAN: **Hypokondri. Momenter af de funktionelle Nevrosers psykiske Behandling.** Klinisk Foreläsning. Bibl. for Läger, R. 7, Bd 8, S. 89.

Gennem en Oversigt over de forskellige Veje, ad hvilke det er muligt psykisk at påvirke nervöse Patienter, kommer P. til en Anbefaling af den gamle *disciplinerende* og den särligt af MÖBIUS i den nyeste Tid fremdragne *afledende* Metode, som väsentlig må söges gennemfört ved på passende Måde at *beskäftige* den syge, eventuelt i särlige, dertil indrettede Anstalter. Således opnås, også efter P:s Mening, i Längden de bedste Resultater.

P. D. Koch.

Medicinsk Selskab og Prof. K. Pontoppidan. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 361.

Udtalelse af Formanden for Medicinsk Selskab på dettes Generalforsamling d. 13 April 97, hvori Formanden på Selskabets Vegne gör sig til Tolk for den Anskuelse, at PONTOPPIDANs »uforulämpede Forbliven i den Stilling, han indtager», i Öjeblikket vil väre den bedste Garanti for en heldbringende Udvikling af Sindssygeväsenet i vort Land.

P. D. Koch.

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: M. MÖLLER: Om lungembolier vid injektion af olösliga kvicksilfverpreparat. — ERIK PONTOPPIDAN: Urticaria chron. infantum.

M. MÖLLER: **Om lungembolier vid injektion af olösliga kvicksilfverpreparat.** Hygiea 1897, I, s. 297—321.

Förf. har under åren 1891—96 utfört 3,835 injektioner af ättiksyradt thymolkvicksilfver, suspenderadt i flytande paraffin, på 315 patienter. Härvid har han iakttagit nämnda komplikation 43 gånger hos 28 olika patienter. Hos 8 patienter inträffade komplikationen 2 gånger, hos 2 patienter 3 gånger och hos 1 ända till 4 gånger. Injektionerna utfördes intramuskulärt på vanligt sätt antingen strax bakom och öfver trokantern eller i en med medianlinien parallel linie ungefär 6 cm. lateralt om denna. — Korta sjukhistorier meddelas öfver fallen. De symptom, som förf. iakttagit, sammanfalla i hufvudsak med de förut iakttagna och särskildt af ÖDMANSSON noggrant beskrifna symptomen, i början hosta, andnöd, frysning, feber, hållkänsla m. m. Äfven med fysikalisk undersökning kunde i en del fall helt obetydliga förändringar i lungorna påvisas, vanligen i form af rassel, någon gång förändring af respirationsljudet, gnidningsljud, en ringa dämpning, t. o. m. blodig upphostning.

Förf., som var af den åsikt, att dessa symptom kunde bero på embolisk infarkt, företog för att vinna större visshet härutinnan några försök på kaniner. I en öronven insprutades en liknande suspension, som användes vid behandling af syfilis, i så liten dos, att djuret åtminstone ett par dagar öfverlefde injektionen. Symptom, som något så när öfverensstämde med de hos människor iakttagna, ofvan anförda, uppträdde äfven vid dessa försök. Vid autopsi funnos makro- och mikroskopiskt härdformiga förändringar i lungorna, motsvarande större och mindre pnevmoniska härdar. Embolier af korn af det använda kvicksilfvermedlet samt af oljedroppar anträffades i kärlen. Äfven då kvicksilfvermedlet, suspenderadt i mucilago gummi arab., på samma sätt insprutades, inträffade liknande förändringar i lungorna. I en annan undersökningsserie insprutades endast paraffinum liquidum, i en tredje endast mucilago gummi arabici. I båda dessa serier visade djuren inga förändringar under lifvet, vid obduktion funnos endast spridda, små, emboliska infarkter i lungorna. Då till slut thymolkvicksilfver i paraffinsuspension insprutades intramuskulärt inträdde inga lungsymptom. Häraf drager förf. den slutsats, att, om vid injektion »intramuskulärt» af olösliga kvicksilfverpreparat lungsymptom uppträda, man har anledning antaga, att detta beror därpå, att något af det injicierade inkommit i en ven och åstadkommit *embolier* i lungorna. Däremot bero en del af samtidigt uppträdande allmänna och lokala symptom såsom smak i munnen, digestionsrubbningar, blekhet, mattighet, albuminuri, erytemer på en *akut kvicksilfverintoxikation.* Två fall, där

sådana symptom uppträdt efter insprutning af *lösliga* kvicksilfverföreningar, bestyrka detta. För att förekomma uppkomsten af ofvan nämnda komplikation rekommenderar förf. att göra injektionerna subkutant, såsom alltid sker på NEISSERs klinik, ett förfarande, hvaraf förf. ej sett någon olägenhet.

Sederholm.

ERIK PONTOPPIDAN: **Urticaria chron. infantum.** Med Diskussion. Det köbenhavnske medic. Selskabs Forhandl. 1896—97, S. 49.

Det blev under Diskussionen (Dr. WICHMANN) udhävet, at den omhandlede Affektion var strophulus, at samme var en hyppig Lidelse, som vel i de färreste Tilfälde skyldtes Avtointoxikation fra Tarmkanalen, Ventrikeldilatation eller Overfyldning med Näring.

R. Bergh.

Obstetrik och gynekologi: NILS SJÖBERG: Två fall af inversio uteri post partum. — A. O. LINDFORS och ARTUR VESTBERG: Ett bidrag till det maligna deciduomets kasuistik och patologi. — J. KAARSBERG: Lidt Kasuistik om Underlivssvulster, fjärnede per vaginam. — INGOLF LÖNNBERG: Om emfysem i bukväggen efter laparotomi. — LEOPOLD MEYER: Lärebog i Gynäkologi, fremstillet for Läger og medicinske Studerende af Dr. —, under Samvirken med Prof. Dr. FR HOWITZ.

NILS SJÖBERG: **Två fall af inversio uteri post partum.** Hygiea 1897, I, s. 348.

Den första patienten, en 26-årig IV-para, som vid barnmorskans uthemtande af placenta fick en plötslig inversion med åtföljande blödning och kollapssymptom. Vid förf:s ankomst, omkring 2 timmar senare, gafs genast stimulantia, och uterus reinverterades, men pat. afled omkring 10 minuter därefter.

Den andra patienten var en 21-årig förstföderska, som på ungefär liknande sätt fått en inversion med blödning och kollaps. Förf. ankom 2 timmar därefter, utförde samma behandling som i förra fallet med samma olyckliga rssultat.

Westermark.

A. O. LINDFORS och ARTUR VESTBERG: **Ett bidrag till det maligna deciduomets kasuistik och patologi.** Med 1 tafla. Upsala läkareför. förhandl., n. f., bd 2 (1896—97), s. 293—331.

C. S., 44 år, genomgått 2 förlossningar. Drufbörd d. $^{14}/_{9}$ 96. Blödningar från underlifvet, afmagring till marasm, vaxlik blekhet. Intogs d. $^{14}/_{11}$ på Akademiska sjukhusets gynekol. klinik. Uterus förstorad, fri, oöm; brungrå, något illaluktande flytning; feber. Uterus växte. Klinisk diagnos: *malignt deciduom.* D. $^{5}/_{12}$ totalexstirpation

af uterus per vaginam. Död d. 9/12. — Vid obduktionen fans: allmän atrofi och anemi, lungtuberkulos, fettdegeneration af hjärtköttet. Operationsfältet af friskt utseende. Inga metastaser.

Den exstirperade uterus hade i fundusdelen på väggens insida en valnötstor tumör med den typiska byggnaden af ett malignt deciduom. Särskild uppmärksamhet egnas i den histologiska delen åt svulstens lokala utbredningssätt, hvilket befinnes i väsentliga delar afvika från förhållandena vid kancer. Förf. till den patologiska afdelningen (referenten) ställer sig i opposition mot tendensen att likställa det maligna deciduomet med kancer.

Vestberg.

J. KAARSBERG: **Lidt Kasuistik om Underlivssvulster, fjärnede per vaginam.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 285.

Forf. gör en kort Meddelelse om Vaginalexstirpation af 2 myomatöse uteri og af 1 suppurerende Dermoidkyste. Dette sidste Tilfälde har en säregen Interesse derved, at tumor afgav Födselshindring. Födselen havde varet ret länge, inden det opdagedes, at tumor hindrede Fosterets Passage, der först kunde finde Sted, efter at tumor var punkteret. Under Puerperiet indtrådte Suppuration, der nödvendiggjorde tumors Fjärnelse ved Vaginaloperation, der forlöb med heldigt Udfald. Den ene Uterusexstirpation havde dödeligt Udfald, idet det ikke lykkedes at kupere den tilstedevärende sepsis ved Operationen. Den anden forlöb heldigt.

F. Nyrop.

INGOLF LÖNNBERG: **Om emfysem i bukväggen efter laparotomi.** Hygiea 1897, I, s. 401.

Förf. meddelar sjukhistorierna till 3 fall af emfysem i bukväggen från prof. NETZELs gynekol. klinik och har dessutom samlat 10 fall ur literaturen. Det relatift ringa utbytet af literaturforskningen torde väl bero på den omständigheten, att man ansett komplikationen så betydelselös, att ett offentliggörande icke ansetts nödigt.

Det första fallet gäller en 52-årig patient med fibromyom i uterus. Efter dess exstirpation och buksårets förening uppkom ett emfysem i underhudsbindväfven. Buksåret närmast emfysemet gick upp och suppurerade. Emfysemet försvann efter omkring 10 dagar.

Det andra fallet gäller en 53-årig patient, som också blifvit opererad för fibromyom (supravaginal uterusamputation och stumpbehandling enl. CHROBAK). 2 dagar efter operationen fans i högra hypogastrium ett subkutant emfysem, som försvann på omkring 3 veckor. Hudsåret läktes per primam.

Det tredje fallet gäller en 34-årig patient med tuberkulös, dubbelsidig ovarialtumör. Efter svulstens tömning och hopsyning förenades buksåret partielt, sedan de mellan tumören och bukväggen uppkomna hålrummen utstoppats med jodoformgas. 2 dagar senare fans ett subkutant emfysem, som försvann efter 20 dagar.

Förf. anser, att emfysemet uppkommit genom instängning af luft i cavum Retzii.

Westermark.

LEOPOLD MEYER: **Lärebog i Gynäkologi, fremstillet for Läger og medicinske Studerende af Dr. —, under Samvirken med Prof. Dr. Fr. Howitz,** med 49 farvetrykte Tavler og 61 Billeder i Texten. København 1897, Gyldendalske Boghandels Forlag. 526 S. og et Register.

Närvärende Lärebog er en kortfattet, praktisk Anvisning til de gynäkologiske Sygdommes Erkendelse og Behandling; den er skreven for praktiserende Läger og ikke for Specialister. Der er lagt Vägt på at beskrive de i den daglige gynäkologiske Praxis forefaldende Manipulationer så udförligt som muligt, så at Bogen afgiver en brugbar Vejledning også for den mindre övede.

F. Nyrop.

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi: H. V. ROSENDAHL: Lärobok i farmakognosi. — TH. HUSEMANN (Göttingen): Historische Notitz über Phosphor. — M. ELFSTRAND: Ueber die Pflanzenfamilie der Solanaceen vom pharmakologischen Gesichtspunkte aus. — C. G. SANTESSON: Ueber das Gift von Heloderma suspectum Cope, einer giftigen Eidechse. — K. HEDBOM: Om vissa organextrakts inverkan å det isolerade och öfverlevande däggdjurshjärtat. — JACOBÄUS: En ejendommelig Bivirkning ved Laktofenin, med Diskussion. — C. GEILL: Et Tilfälde af Kloralexantem.

H. V. ROSENDAHL: **Lärobok i farmakognosi.** Fjärde häftet (s. 385—572); W. SCHULTZ' förlag. Upsala 1897. 8:v.

I och med detta häfte föreligger nämnda läroboksarbete färdigt. Detta sista häfte innehåller afslutning af växtdrogernas farmakognosi, vidare framställning af droger ur djur- och stenriket, en farmakognostisk-morfologisk öfversikt, farmakognostisk-geografisk karta samt fullständigt register öfver arbetet. Hvarje grupp inom den morfologiska öfversikten inledes med en allmänt-botanisk beskrifning på det organ hos växten, som lemnar de till gruppen hörande drogerna. I hela arbetet ingå 347 bilder. Å kartan finnes ett geografiskt drogregister.

C. G. Santesson.

TH. HUSEMANN (Göttingen): **Historische Notitz über Phosphor.** Upsala läkareför. förhandl., n. f., bd 2, 1897, s. 193—195.

Förf. meddelar i anslutning till ALLARDs härstädes förut refererade uppsats (om fosfor såsom abortivmedel), att fosfor användts såsom abortivmedel i Tyskland redan före fosfortändstickornas tid (juli 1841); i ett anfördt fall framkallades förgiftningen med råttmos.

C. G. Santesson.

M. ELFSTRAND: **Ueber die Pflanzenfamilie der Solanaceen vom pharmakologischen Gesichtspunkte aus.** Profföreläsning. Farmacevt. tidskr., årg. 38 (1897), n:r 7, s. 105—108.

Efter en öfversikt af Solanacé-familjens medicinskt viktiga arter angifvas deras verksamma beståndsdelar, efter hvilkas kemiska natur och verkan materialet indelas i 4 grupper: de mydriatiska medlen, nikotinet, det saponinsubstanserna närstående solaninet och det hudretande capsaïcinet. Förf. ingår därefter på de särskilda ämnenas kemiska egenskaper, särskildt på den under senare år lifligt bearbetade frågan om det ömsesidiga förhållandet mellan de olika mydriatiska alkaloiderna till atropingruppen, hvarjämte han karakteriserar deras verkningar och användning.

C. G. Santesson.

C. G. SANTESSON: **Ueber das Gift von Heloderma suspectum Cope, einer giftigen Eidechse.** Nord. med. arkiv. Festband, tillegnadt prof. A. Key; n:r 5, 1897; 48 sid., 1 bild i texten.

Förf. lemnar en skildring af den egendomliga, med giftapparat försedda, amerikanska ödlan *Heloderma suspectum Cope*, af hennes lefnadsvanor samt af folkets och de amerikanska vetenskapsmännens uppfattning angående djurets giftighet. Därefter redogör han för sina egna försök öfver giftets väsentligen i förlamande riktning gående verkningar på djur samt för sina och prof. K. A. Mörners kemiska undersökningar af samma gift, af hvilka synes framgå, att detta icke är någon vanlig ägghvitekropp (albumin eller globulin) eller ett pepton, icke någon alkaloid, ej häller ett enzym, utan sannolikt består af substanser, tillhörande dels de nukleinhaltiga proteinämnenas, dels albumosernas grupp. *C. G. Santesson.*

K. HEDBOM: **Om vissa organextrakts inverkan å det isolerade och öfverlefvande däggdjurshjärtat.** Upsala universitets årsskrift 1897. Medicin I. Upsala 1897. 46 sidor 8:v med 26 bilder i texten.

Förf. redogör i denna uppsats för försök enligt Langendorffska metoden på isolerade kanin- och katthjärtan med testisextrakt (»Séquardin»), samt extrakt på binjure, thyroidea, hypophysis cerebri, submaxillaris; mjälte, thymus, hjärne, muskler, njure, lunga och tunntarm. De 5 först nämnda organextrakten gåfvo utpräglade verkningar. Testis-, binjure- och submaxillaris-extrakten stegrade pulsens både frekvens och amplituder; binjureextrakt framkallade efteråt en hämning (?). Hypophysisextrakt tycktes i allmänhet blott stegra amplituderna; thyroideaextrakt nedsatte i större doser hjärtarbetet.

C. G. Santesson.

JACOBÄUS: **En ejendommelig Bivirkning ved Laktofenin, med Diskussion.** Det köbenhavnske medic. Selskabs Forhandl. 1896—97, S. 38.

Findes i en större Afhandling i Bibliotek for Läger 1897.

Chr. Gram.

C. GEILL: **Et Tilfälde af Kloralexantem.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 313.

Som Supplement til Forf:s Meddelelse om dette Ämne i Ugeskr. f. Läger 1896 meddeles udförligt et Tilfälde af Kloralexantem, der var scarlatinalignende, ledsaget af Rödme i Mundhule og Svälg, og Smerte og Stivhed i forskellige Led samt betydelig Feber (indtil 40,6°) i over en Uge, desuden stärk icterus og senere stärk Afskalning i Plader. Om Muligheden for scarlatina anförer Forf., at den »var absolut udelukkket».

Chr. Gram.

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi: K. CARÖE og G. NORRIE: Den danske Lägestand. Kandidaterne 1891—96. — LIND: Indledning af en Diskussion om forskellige Spörgsmål vedrörende den köbenhavnske Lägestands Foreningsforhold. — Tiende Beretning fra Foreningen for Lägevägtsstationer 1896. — Sundhedsvedtägter. — BIERING: Justitsministeriets Cirkuläre af 11 Juni 1895. — J. LEHMANN: Sundhedsvedtägterne i 1896. — TRAUTNER: Beretning om Sygeplejesagens Stilling udenfor Köbenhavn i 1896. — AXEL HERTEL: Om Arbejdsstillinger. — CHR. JÜRGENSEN: De menneskelige Födemidlers kemiske Sammensätning i grafisk Fremstilling. — Kloakplanens Gennemförelse. — JUST-NIELSEN: Prostitutionsspörgsmålet. Straf eller Sundhedsforholdsregel? — H. A. NIELSEN: Om Koleraens Forhold til Tysklands Floder og de i disse fundne Spiriller.

K. CARÖE og G. NORRIE: **Den danske Lägestand. Kandidaterne 1891—1896.** Tilläg til 6te Udgave. Köbenhavn 1897.

Biografiske Notitser om 407 ny Läger fra de i Titlen nävnte År og Liste over 128 i samme Tidsrum afdöde Läger.

Ax. Ulrik.

LIND: **Indledning af en Diskussion om forskellige Spörgsmål vedrörende den köbenhavnske Lägestands Foreningsforhold.** Med Diskussion. Det köbenhavnske medic. Selskabs Forhannl. 1896—97, S. 52.

Forhandling i det köbenhavnske medicinske Selskab.

Ax. Ulrik.

Tiende Beretning fra Foreningen for Lägevägtstationer 1896. Köbenhavn 1897. 40 S.

Sygebesögenes Antal var 795, deraf 534 hos fattige, 231 hos Personer af Middelstanden, 30 hos velhavende. — På Foreningens 2 Forbindingsstationer fik 129 tilskadekomne en forelöbig Forbinding. Med Foreningens Ambulancevogne transporteredes i Årets Löb 105 tilskadekomne.

Ax. Ulrik.

Sundhedsvedtägter. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 217.

I en Redaktionsartikel göres Rede for den Virkning, som Loven om Tilvejebringelse af Sundhedsvedtägter af 12te Januar 1858 har haft. Loven påbyder ikke Sundhedsvedtägter for Landsognenes Vedkommende, men lader deres Antagelse väre afhängig af vedkommende Amtsråds Skön. Tilslutningen har i Årenes Löb väret vexlende og skyldes snart truende Epidemier, snart vedkommende Myndigheders Interesse for Sagen. Efter 40 Års Forlöb ere Sundhedsvedtägter nu indförte i alle Köbstäder og Handelspladser og i Halvdelen af Landets Sogne; men Vedtägternes Overholdelse lader for en stor Del af Landsognenes Vedkommende meget tilbage at önske.

Ax. Ulrik.

BIERING: **Justitsministeriets Cirkulåre af 11 Juni 1895.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 230.

Medens en Tvangsindläggelse på en Sindssygeanstalt tidligere kunde ske i Henhold til en efter bedste Skön afgiven Lägeattest, giver Cirk. af $^{11}/_{6}$ 95 en större Betryggelse for den personlige Frihed ved at påbyde, at en Tvangsindläggelse kun kan ske gennem Politimesteren, når der foruden Begäring fra den, hvem Forsorgen for den pågäldende retlig påhviler, foreligger Attest fra en avtoriseret Läge, der på Grundlag af en i den närmeste Tid anstillet Undersögelse bevidner, at den pågäldende er sindssyg og hans Indläggelse fornöden for at afvärge Fare for ham selv eller hans Omgivelser. For et urigtigt Vidnesbyrd må Lägen derefter kunne drages til Ansvar.

Ax. Ulrik.

J. LEHMANN: **Sundhedsvedtägterne i 1896.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 228.

I 1896 fik Handelspladsen Marstal en Vedtägt, og af Köbstederne ombyttede 4 (Nakskov, Nyborg, Randers, Fredrikshavn) deres äldre Vedtägter med ny, mere tidssvarende. I Landsognene tilkom 9 Sundhedsvedtägter, nemlig 5 i Söre Amt, 2 i Maribo Amt, 1 i Svendborg Amt og 1 i Århus Amt; 8 äldre Vedtägter ombyttedes med ny. Af Landets 1 103 Landkommuner ere nu 552, altså Halvdelen, forsynede med Sundhedsvedtägter; längst tilbage ere Ringköbing og Viborg Amt, hvor henholdsvis kun 3,7 og 2,6 % af Landkommunerne have Sundhedsvedtägter.

Ax. Ulrik.

TRAUTNER: **Beretning om Sygeplejesagens Stilling udenfor København i 1896.** København 1897.

I 1896 fandtes i alt 156 Foreninger med 206 Sygeplejersker; 55 Foreninger i Byer (91 Plejersker), 101 Foreninger på Landet (115 Plejersker). I »Foreningen til Understöttelse for Sygeplejersker i Danmark» er nu indmäldt over 100 Sygeplejersker foruden en Del passive Medlemmer.

Ax. Ulrik.

AXEL HERTEL: **Om Arbejdsstillinger.** Med Diskussion. Det köbenhavnske medic. Selskabs Forhandl. 1896—97, S. 22.

Efter en Omtale af de uheldige Arbejdsstillinger i Skolen, särlig Skrivestillingen, fremdrages forskellige af Slöjdskoleforestander AXEL MIKKELSEN påviste og i en af ham udgiven Bog, »Arbejdsstillinger», beskrevne og afbildede Legemsstillinger, som, formentlig til Skade så vel for Individets Helbred som for Kraftudfoldelsen, ofte indtages under Arbejdet. Den forkerte Stilling skyldes stundom Arbejdsredskabets Form, men kan også skyldes gammel Vane og Mangel på Omtanke. Sagen har Interesse så vel for Arbejdsherrer som for Läger og fortjäner större Opmärksomhed, end der hidtil er vist den. — I den påfölgende Diskussion yttredes der, navnlig af CLOD-HANSEN, nogen Tvivl om Spörgsmålets Räkkevidde, dels fordi den skäve Arbejdsstilling ofte er en Betingelse for Ävnernes og Kräfternes Anspändelse, dels fordi Stillingen for Arbejderen er et Individualitetsprodukt, som ikke uden gyldige Grunde bör forkastes ud fra teoretiske Betragtninger.

Ax. Ulrik.

CHR. JÜRGENSEN: **De menneskelige Födemidlers kemiske Sammensätning i grafisk Fremstilling.** 2det omarbejdede Oplag. Köbenhavn 1897.

Ax. Ulrik.

Kloakplanens Gennemförelse. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 289.

I Fölge en af Köbenhavns Kommunalbestyrelse nu vedtagen Plan skal Aflöbet fra Byens Kloaker bortledes fra Havnen og föres over på Östsiden af Amager for der at udpumpes i Sundet på 20 Fods Vanddybde. I de närmeste 3 År skal denne Plan gennemföres for den sydlige Del af Byen (Vesterbro) og for Kristianshavn, derpå for den indre By, og hertil vil da slutte sig et for den övrige Del af Byen (Österbro) allerede gennemfört Anläg. Samtidig har Kommunalbestyrelsen vedtaget at tillade Indförelse af Vandklosetter i den indre By og på Vesterbro mod en årlig Afgift af 100 Kr. pr. Kloset; på Österbro er Afgiften nu nedsat til 50 Kr.

Ax. Ulrik.

JUST-NIELSEN: **Prostitutionsspörgsmålet. Straf eller Sundhedsforholdsregel?** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 241.

Medens Prostitutionsväsenets Ordning hidtil har beroet på Straffe- og Politiforanstaltninger, foreslås den for Fremtiden betragtet og organiseret som udelukkende sanitär Foranstaltning. I det Öjemed bortfalde de gäldende Straffebestemmelser for Utugt m. m., og Foranstaltninger mod Udbredelse af venerisk Sygdom lägges i Händerne på et Sanitetsråd, bestående af en Overläge som Chef, en Reserveläge og en Politimand, og understöttet af et passende Antal Opdagelsesbetjänte. Når en Kvinde giver grundet Anledning til Mistanke om at udbrede venerisk Sygdom, skal det ved Brev pålägges hende at indsende Attest fra en avtoriseret Läge. Så fremt hun er sund, bortfalder Sagen, me-

dens hun i Tilfälde af Sygdom er pligtig til at lade sig behandle. Overträdelse af det givne Tilhold straffes med Böder, ved oftere Gentagelse med Tvangsarbejde. Al Ret til at holde Bordel ophäves. En sådan Ordning anses for mere human og mere betryggende mod Sygdommenes Udbredelse end den nuvärende.

Ax. Ulrik.

H. A. NIELSEN: **Om Koleraens Forhold til Tysklands Floder og de i disse fundne Spiriller.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 265 og 294.

Efter en Oversigt over de sidste Års Koleraepidemier i Tyskland vises, hvorledes Teorien om en Infektion af det rindende Vand i Tysklands Floder som en Hovedårsag til Epidemiernes Udbredelse efterhånden har måttet opgives. Mange af de i Flodvandet påviste og for Koleravibrioner ansete Kommabaciller have vist sig ikke at väre ägte, idet de give negativt Resultat ved den PFEIFFERske Pröve (Indpodning på et ved Koleraserum immuniseret Dyr). Kun enkelte i mere stillestående Vand kort efter stedfunden Iblanding af Koleradejektioner fundne Vibrioner have vist sig at väre ägte. Bakteriologiske og epidemiologiske Erfaringer stemme overens om, at en Flods, en Kanals eller en Sös Vand kun på begränset Sted og i stärkt begränset Tid (näppe udover 8 til 10 Dage) kan huse virulente Kolerabakterier.

Ax. Ulrik.

Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.

Comptes-rendus des traités

publiées au

Tome XXIX.

N° 19.

V. SAXTORPH STEIN: **Cas de mastoïdite de Bezold guéri pendant le cours d'un érysipèle, avec examen fonctionnel.**

Une femme, âgée de cinquante-huit ans, présentait, quatorze semaines après le commencement d'une otite moyenne aiguë gauche, une tuméfaction grande, dure et profonde au-dessous de l'apophyse mastoïde gauche et de l'extrémité supérieure du sterno-cleïdo-mastoïdien. Pas de fluctuation. Les téguments de l'apophyse et du cou étaient normaux. Avant qu'une intervention pût avoir lieu, la malade contracta un érysipèle, lequel, commençant par le nez, envahit l'oreille malade et la tuméfaction. Pendant la marche de cette complication, l'otorrhée rebelle tarit, la tuméfaction disparut, et après la desquamation la malade se trouva entièrement rétablie. L'auteur dirige tout particulièrement l'attention sur les examens de la fonction, qu'il fit avec la suite continue de tons de BEZOLD-EDELMANN. A la première consultation, on trouva: voix chuchotée $\frac{>450 \text{ ctm.}}{0}$[1], v. de conversation $\frac{\quad}{33 \text{ ctm.}}$ pour le mot danois »Abekat». Frontière inf. $\frac{H_2}{Ais_1}$, fr. sup. $\frac{0{,}7}{3.7}$. Diapason vertex (A & a_1), latéralisé à gauche et allongé. »RINNE» (selon BEZOLD) ÷ 8 pour les deux mêmes tons (oreille droite non examinée par inadvertance). L'expérience de GELLÉ (avec l'»e») positive des deux côtés pour la conductibilité aérienne, négative pour l'osseuse. Par conséquent, maladie de l'appareil de transmission avec affection du labyrinthe assez faible pour que »RINNE» ne fût pas positive, et latéralisation si forte que »GELLÉ» était négative pour la conductibilité osseuse de l'oreille droite relativement saine.

Deux mois après la guérison, on trouva:

Voix ch. $\frac{>450}{350}$ ctm. (Abekat); fr. inf. $\frac{E_2}{D_2}$; fr. sup. $\frac{0{,}5}{0{,}4}$; D. v. à droite et un peu moins allongé qu'auparavant; »RINNE» $\frac{-6}{\pm 0}$ (A),

---

[1]) Chiffres au-dessus de la ligne, côté droit; ch. au-dessous de la ligne, côté gauche.

$\frac{+9}{+13}$ (a_1); les deux diapasons, comme dans l'expérience de WEBER, sont latéralisés à droite malgré la pratique de POLITZER. GELLÉ normale. Par conséquent, la fonction de l'oreille gauche avait atteint et dépassé celle de l'oreille droite, auparavant la plus normale. En outre, la fonction de celle-ci s'était améliorée, indiquant peut-être une souffrance sympathique passée. Du reste, les épreuves accusent une maladie de l'appareil de transmission commençante, mais relativement peu avancée (»GELLÉ» normale) de l'oreille droite. La transmission du ton des diapasons causée par cette maladie, donne pour résultat que l'expérience de RINNE pour l'oreille gauche ne présentait pas une normalité plus parfaite.

Tous les nombres des secondes, comptés à l'aide d'un chronoscope, constituent les moyennes de plusieurs mensurations. L'oreille non examinée fut soigneusement fermée durant l'examen des frontières et de la voix.

Nº 21.

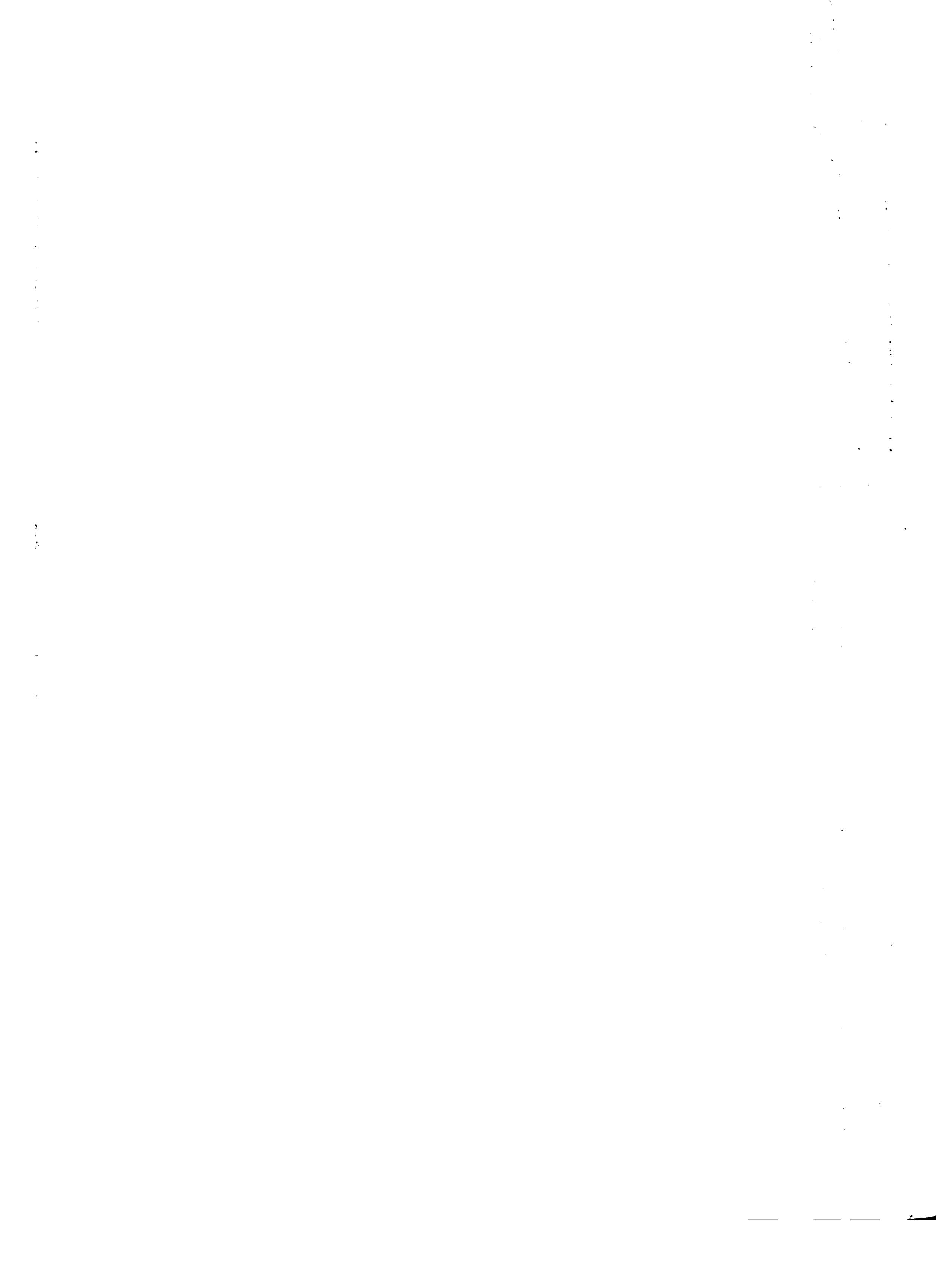
GORDON NORRIE: **Traitement ouvert des plaies dans les opérations des yeux. Études relatives à l'histoire médicale de la Suède.**

A propos de l'article de HJORT sur le traitement ouvert des plaies (Nord. med. ark., Festband 1897), l'auteur mentionne que ce traitement était très commun en Suède il y a 100 ans. L'auteur a précédemment prouvé que l'excellent oculiste et médecin JOHAN LORENS ODHELIUS a pratiqué le premier l'iridotomie à travers la cornée dans les cas de leucomes et de cataractes adhérentes. Dans une conférence de 1772, ODHELIUS soutenait que le traitement ordinaire de l'inflammation ne devait pas s'appliquer à l'oeil. Ni la chaleur ni l'occlusion ne conviennent à l'oeil par suite de la structure de la cornée, et surtout par la raison que l'écoulement libre des larmes en est empêché.

Selon O., la même règle s'applique au traitement après l'extraction de la cataracte et d'autres opérations. Il n'employait en conséquence qu'un carreau flottant de toile fine, maintenu devant l'oeil et trempé dans de l'eau pure et froide. Le malade, dont l'oeil était baigné plusieurs fois par jour avec de l'eau froide, était autorisé à rester hors du lit, mais devait se tenir dans un appartement obscur et frais.

O. énonça de nouveau sa manière de voir dans des mémoires publiés en 1775 et en 1807. Selon toute probabilité, ce traitement a été bien connu des médecins suédois élèves d'O., qui était médecin en chef de l'hôpital de l'ordre des Séraphins à Stockholm.

Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.



De anatomiska förändringarna hos genitalorganen efter sexuela operationer mot prostatahypertrofi.

Af

BJÖRN FLODERUS.

Med 3 taflor.

I.

Bland de spörsmål inom prostatakirurgien, som för närvarande ådraga sig det lifligaste intresset, är arten af de sexuela indirekta prostataoperationernas inverkan på den förstorade prostata. Af de första entusiastiska meddelandena syntes vilja framgå, att efter bilateral testektomi i regeln en högst betydande och hastigt försiggående volumsförminskning af den hypertrofierade prostata uppstode, en process, som man trodde sig böra uppfatta såsom en hastigt försiggående atrofi. Denna uppfattning syntes ock vinna fullgoda stöd i de första noggrannare anatomiska undersökningar, som verkstäldes å dylika prostatæ.

Efter en kort tid gjorde sig dock en nyktrare uppfattning i frågan gällande; man fann, att prostataförminskningen hvarken var så konstant eller så höggradig, som af den först lemnade statistiken tycktes framgå; ej häller kunde den anatomiska undersökningen bekräfta de första positiva uppgifterna om, att själfva operationen framkallat de degenerativa och atrofiska förändringar, som påvisats i dessa prostatæ.

För att vinna närmare insikt i frågan har förf. ur den tillgängliga literaturen samlat alla de fall, där prostata efter

dylika operationer blifvit undersökt efter döden. Bland 32 dylika fall hade 22 behandlats med bilateral och ett med unilateral testektomi; å de 9 andra fallen hade verkstälts bilateral operation å vasa deferentia.

Dessa efter döden verkstälda direkta undersökningar af prostatæ måste tillerkännas en vida större beviskraft än de, som endast å den lefvande patienten blifvit utförda, enär man i dessa fall ju i allmänhet blott har att tillgå den åtminstone i ovana händer mycket osäkra[1]) metoden af palpation från rectum eller undersökning per urethram medelst sond samt i ett fåtal fall intravesikal palpation inifrån blåsan efter verkstäld sectio alta.

I ett af BEGGS undersökt fall hade prostatapreparatet vunnits genom prostatectomia suprapubica.

Om vi till en början sammanställa de fall, där den vid operationstillfället förstorade prostata efter verkstäld bilateral testektomi blifvit *endast makroskopiskt undersökt* efter döden, finna vi uppgifterna om de ofta säkerligen helt flyktiga undersökningarna tämligen motsägande.

Af 11 dylika fall, som förf. kunnat samla ur literaturen, hade 7 högst 3 veckor öfverlefvat operationen, hvaremot de öfriga 4 fallen slutat letalt mellan 2—8 månader efter densamma.

I den förra gruppen uppgifves i 2 fall (KING, LICHTY) prostata efter 4 resp. 15 dagar hafva reducerats till hälften af den storlek, som den egde före operationen, i ett tredje fall (HAYNES) uppskattades dess förminskning 3 veckor efter operationen till $^1/_4$ af organets förra volum. I ett fjärde fall ansåg sig HOUCHIN hos en 11 dagar efter operationen afliden patient å den likformigt förstorade, mjuka och slappa prostata kunna konstatera tecken af nyligen försiggången volumsförminskning.

---

[1]) Såsom ett exempel på otillförlitligheten af en del af dessa uppgifter vill förf. här anföra ett af GORDON opereradt fall, som senare undersöktes af CABOT (Annals of Surgery XXIV. 1896, s. 308). G. uppgifver prostata strax före den bilaterala testektomien vara »very large»; 22 dagar senare fann han vid en då utförd lithotomia suprapubica organet vara »almost entirely absorbed» och slutligen finner CABOT, som omkring 10 månader senare undersökte patienten, prostata åter vara »very large». Trovärdigheten hos liknande uppgifter synes vara mer än tvifvelaktig.

I 2 andra fall konstaterade PORTER och CZERNY 4, resp. 14 dagar efter operationen närvaron af en stor lobus medius, och i ännu ett fall fann slutligen BORELIUS hos en 8 dagar efter operationen afliden man en knölig och högst betydligt förstorad prostata.

Vi gå nu att undersöka den senare gruppen af de 4 fall, som en längre tid öfverlefde operationen.

I ett af dessa fall uppgifver HAYNES, att efter 2 månader den före operationen ytterligt förstorade prostata återvunnit sina normala proportioner. I de 3 andra fallen (CABOT, SOCIN, DAVIES-COLLEY) kunde 5 resp. 7 och 8 månader efter operationen ingen förminskning af organet påvisas. De båda första konstaterade vid sektionen närvaron af en kraftigt utvecklad lobus medius; i det senare fallet förelåg en betydlig förstoring af ena sidoloben.

Tabellarisk öfversikt öfver de med bilateral testektomi behandlade fall af prostatahypertrofi, där prostata vid sektionen blifvit endast makroskopiskt undersökt.

Iakttagare.	Tiden mellan op. och döden.	Pr. m. förminskad.	Pr. tydl. förminskad.	Pr. icke påtagligt förm.	Dödsorsak.
KING	4 d.	74[1])	—	—	Pnevmoni.
PORTER	4 d.	—	—	74	»Cystdegeneration» af högra njuren.
BORELIUS (op. af SCHILLER)	8 d.	—	—	84	Cysto-pyelo-nefrit + pnevmoni.
HOUCHIN	11 d.	—	×	—	Cor adiposum.
CZERNY (op. af MOSWEDEL)	14 d.	—	—	63	Uremi.
LICHTY	15 d.	59	—	—	Uremi.
HAYNES	3 v.	—	62	—	Uremi.
HAYNES	>2 m.	×	—	—	Uremi.
CABOT	5 m.	—	—	75	Uremi.
SOCIN	7 m.	—	—	70	——
DAVIES-COLLEY	8 m.	—	—	73	Uremi.

[1]) Dessa tal angifva patientens ålder.

Af ofvan stående sammanställning skulle således framgå, att i 3 fall en betydlig, i 2 fall en påtaglig samt i 6 fall ingen påvisbar förminskning af prostata makroskopiskt kunnat påvisas efter verkstäld bilateral testektomi. Vid närmare granskning af de särskilda fallen synes för öfrigt framgå, att denna operationens oväntadt ringa inverkan på prostatas volumsförhållanden måhända ytterligare bör reduceras. Så låter t. ex. KINGs uppgift, att prostata på 4 dagar förminskats »med minst hälften» redan a priori mindre trovärdig, äfven för den, som ej från studiet i de indirekta prostataoperationernas literatur från samma operatör har sig bekant flere andra lika förvånande uppgifter, hvilka äfven från framstående specialister på området (WHITE, CABOT) rönt berättigadt misstroende. Uppgiften om, att i samma fall en tydlig förminskning af både körtelsubstansen och stromat förelåg, måste af samma anledning lemnas obeaktad, i synnerhet som en mikroskopisk undersökning icke synes hafva verkstälts. De öfriga 4 uppgifterna om prostataförminskning efter operationen gälla från endast 3 iakttagare hemtade fall, vid hvilka död i regeln inträffat helt kort tid efter operationen; dessutom föreligger i intet af dessa fall detaljerade uppgifter om prostatas storlek. Anmärkningsvärdt är ock, att just i de 3 fall, där operationen haft tillfälle att ojämförligt längsta tiden inverka på prostata, ingen förminskning af organet kunde påvisas, ehuru det samma åtminstone i 2 fall (SOCIN, CABOT) undersöktes af erkända specialister inom området.

Det omdöme vi således af denna lilla statistik skulle våga fälla, rörande den dubbelsidiga testektomiens volumsförminskande inverkan på den hypertrofierade prostata, blefve därföre, att detta inflytande vore mycket inkonstant och i de flesta fall icke påvisbart.

Likasom sålunda efter verkstäld testektomi den makroskopiska undersökningen af hypertrofierade prostatæ synes gifva vid handen ringa och inkonstant volumsförminskning af organet, så synes äfven en liknande sammanställning af enbart makroskopiska undersökningar af prostata efter vasektomi framvisa liknande resultat. Förf. har ur literaturen kunnat samla blott 5 dylika fall:

Tabellarisk öfversikt.

Operatör.	Tid mellan op. och döden.	Pr. mycket förminskad.	Pr. tydligt förminskad.	Pr. icke påtagl. förminsk.	Dödsorsak.
ISNARDI	11 d.	—	—	82	Marasm.
ALLINA	17 d.	—	—	64	Uremi.
ISNARDI	<3 m.	(68)	68	—	Marasm.
HOFFMAN	4 m.	—	—	×	Ruptura vesicæ urinariæ.
ALLINA	9 m.	(70)	70	—	Periproctitis.

Enligt ofvan stående tabell finna vi, att i de båda fall (ISNARDI, ALLINA) där död inträdde i andra resp. tredje veckan efter operationen, samt i ett af de längre tid öfverlefvande fallen (HOFFMAN) inga förändringar kunde påvisas.

I ett tredje fall (ISNARDI) uppgifves prostata, som vid den nära 3 månader förut verkstälda vasektomien uppskattades till ett litet äpples storlek, vara liten, särskildt å höger sida.

Endast i ett fall (ALLINA) föreligger mera exakta uppgifter om prostatas volumsförminskning efter den 9 månader förut företagna operationen. Före denna uppskattades prostatas bakre yta till en längd af 8 och bredd af 6 cm.; organet var något ömmande för tryck samt hårdt till konsistensen. Sektionen visade en delvis intravesikal prostataförstoring. Lobus sin. hade ett litet, intravesikalt, polypartadt utskott samt mätte i longitudinel, sagittal och transversel diameter 4 resp. 5 och 3 cm. Högra loben egde blott halfva denna storlek, och i den fans baktill en under kapseln liggande mindre abscess. Båda loberna voro mycket mjuka; i snittytan framträngde hampfrö—ärtstora lobuli. Under förutsättning, att de före operationen uppskattade måtten af prostata vore i hufvudsak rätt uppfattade, skulle vi här hafva ett säkert konstateradt fall af höggradig prostataförminskning hufvudsakligen i longitudinel riktning såsom följd af vasektomi. Fallet erbjuder intresse äfven ur en annan synpunkt. ALLINA påpekar nämligen, att förminskningen var ojämförligt mycket större i vänstra än i högra loben samt sätter detta förhållande i samband därmed, att på vänstra sidan äfven arter. spermatica interna blef ligerad. Han tror

sig häraf kunna sluta, att förutom de nervösa relationerna mellan testes och prostata äfven lokala cirkulationsrubbningar i testes spela in vid de sexuela operationernas inverkan å den hypertrofierade prostata. Den vid operationstillfället påtagligen höggradiga kongestionen hos prostata samt uppkomsten af suppurativa processer i densamma måste likväl af lätt insedda skäl i detta fall minska beviskraften af själfva operationens volumsförminskande inverkan på organet. Dessa 5 fall synas altså tala för, att den bilaterala vasektomien först efter något längre tid samt äfven i så fall ingalunda konstant framkallar någon volumsförminskning af den hyperhofierade prostata.

Ett på de enbart makroskopiska undersökningarna af prostata grundadt omdöme om dessa sexuela operationers inverkan i berörda hänseende måste sålunda blifva i hufvudsak negatift.

Större vikt än åt dessa fåtaliga och säkerligen ofta helt ytliga undersökningar måste däremot tillerkännas de fall, där prostata äfven blifvit underkastad en mikroskopisk, patologisk-anatomisk undersökning.

Mikroskopiska undersökningar af prostata hafva publicerats från 16 dylika fall.

Bland dessa hafva 11 behandlats med bilateral och ett med unilateral testektomi samt de återstående 4 med bilateral operation å vasa deferentia. Till dessa 16 fall är förf. i tillfälle att här framlägga undersökningsresultaten från 4 af prof. LENNANDER å Upsala kirurgiska klinik opererade fall: 2 fall af bilateral testektomi, ett af unilateral testektomi med motsidig vasektomi samt ett af bilateral vasektomi. Å detta senare har äfven verkstälts undersökningar rörande vasektomiens inverkan på testes och deras utförsgångar.

Bland dessa 20 fall, där prostata mikroskopiskt undersökts skola vi till en början betrakta de 13 fall, där bilateral testektomi blifvit verkständ.

Tabellarisk öfversikt öfver testektomiens inverkan på den förstorade prostata. (Mikroskop. undersökning).

Iakttagare.	Tid.	Pr. förm.	Pr. oförm.	Dödsorsak.	Operation.
WHITE	$1^1/_2$ d.	82	—	Uremi.	Bilateral testektomi.
CABOT	7 d.	—	×	——	»
BORELIUS	8 d.	—	69	Uremi.	»
Förf. (op. af LENNANDER) . . .	8 d.	—	77	Pyelo-nefrit.	»
WATSON	9 d.	—	70	Uremi.	»
ROXBURGH (op. af MANS.-MOULLIN)	10 d.	—	64	Hjärtparalys.	»
BORELIUS (op. af GRÆVE)	12 d.	—	75	Pyelo-nefrit.	»
Förf. (op. af LENNANDER) . . .	16 d.	—	77	Bronkopnevmoni.	»
GRIFFITHS (op. af CARVER) . . .	18 d.	74	—	Gangræna femoris.	»
BOSC (op. af ROUVILLE)	5 v.	—	76	Marasm.	»
BROOKS (op. af KELSEY)	$5^1/_2$ v.	—	69	Uremi.	»
CABOT	7 v.	—	76	Uremi?	»
BEGGS (op. af BRYSON)	1 år	—	65	(Prostatasubstans exstirperad genom prostatectomia suprapubica)	»
HAYNES	2 v.	74	—	Uremi.	Unilateral testektomi.
Förf. (op. af LENNANDER)	$4^1/_2$ m.	—	70	Uremi.	D:o + motsidig vasektomi.

Vid närmare granskning af dessa fall, framgår strax såsom ett högst anmärkningsvärdt faktum, att man endast i de 3 tidigast offentliggjorda fallen (GRIFFITHS, WHITE och HAYNES) trott sig kunna påvisa genom operationen framkallade regressiva processer i organet, hvaremot man i samtliga följande fall aldrig vågat anse sig kunna konstatera någon som hälst histologiskt påvisbar, specifik inverkan af testektomien på den hypertrofierade prostata.

I betraktande däraf, att man i synnerhet i behandlingsmetodens första stadier i regeln ansåg sig kunna påvisa en påtaglig, ofta höggradig och hastigt försiggående förminskning af det förstorade organet, må det icke i högre grad förvåna, om äfven en i genitalorganens inre byggnad så synnerligen väl initierad forskare som GRIFFITHS, hvilken offentliggjort den första af de i fråga varande undersökningarna, frestats att anse de otvifvelaktigt ganska påfallande degenerativa, regressiva och progressiva förändringar, som han i detta fall anträffade i prostata, framkallade af operationen. Samma tanke i förening med GRIFFITHS' erkända auktoritet ledde säkerligen äfven WHITE och HAYNES vid tydningen af de likartade analoga förändringar, som de i sina fall kunde konstatera. Såsom den förnämste målsmannen för den negativa uppfattningen i frågan går BROOKS, som med stöd af ett noggrant undersökt och såsom det synes objektift bedömdt fall, uttalade såsom sin åsikt, att de degenerativa förändringar, som förelågo (fettdegeneration i vissa epitelceller) voro för litet utpräglade för att behöfva anses framkallade af någon specifik inverkan af operationen, samt framhöll, att denna synes vara utan påvisbar inverkan på prostatas inre struktur.

BROOKS' uppfattning af frågan har sedermera enstämmigt biträdts af alla följande undersökare.

I alla fall utom ett har patienten blott en jämförelsevis kort tid, nämligen högst 7 veckor, öfverlefvat operationen och äro därföre alla dessa fall af mindre beviskraft för de eventuela prostataförändringarnas definitiva utveckling.

Endast från det redan förut omnämnda fallet, där BEGGS haft tillfälle att undersöka en af BRYSON 1 år efter verkstäld testektomi från hypogastrium resecerad prostatatumör, kan äfven i sist nämnda hänseende mera bestämda slutsatser dragas. I detta fall visade sig prostata redan vid yttre undersökning vara fullt ut så stor som före testektomien. Den mikroskopiska undersökningen af det i detta fall af lätt insedda skäl fullt färska materialet visade äfvenledes intet spår af retrograda eller inflammatoriska förändringar, som kunde uppfattas såsom en följd af den 1 år förut verkstälda operationen.

Efter denna förberedande öfverblick öfver undersökningsseriens utvecklingsgång torde det vara af intresse att närmare skärskåda arten af de patologiska förändringar, man i de särskilda fallen kunnat påvisa i prostata.

GRIFFITHS, hvilken såsom redan framhållits, offentliggjorde det första fallet[1]), fann hos den 74-årige, 18 dagar efter en af CARVER verkstäld testektomi, af poplitealembolus med gangren afliden man i hufvudsak följande förändringar i prostata. I epitelet förelåg proliferation af cellerna, följd af en sekundär fettdegeneration och atrofi. Häraf skrumpnade körtlarna, och deras cylinderepitel omvandlades till låga kubiska celler. Samma processer, cellproliferation med sekundär fettdegeneration och atrofi, uppträdde äfven i bindväfs- och muskelcellerna. Slutligen kvarstodo endast relatift små mängder fibrös väfnad med rester af körtelrör och glatta muskelceller.

GRIFFITHS betraktar dessa förändringar i prostata såsom framkallade af operationen samt anser, att denna gifvit impulsen till en hastigt pågående atrofi af organet. Han har därvid enligt förf:s mening förbisett en viktig faktor, nämligen den, att denna, såsom det tycktes, höggradiga inre destruktion af prostata icke synes hafva framkallat en motsvarande förminskning i organets yttre dimensioner.

Uppgift om någon af operationen framkallad yttre volumsförändring af organet föreligger nämligen icke; däremot uppgifves prostata vid sektionstillfället vara stor och till konsistensen hårdare än normalt, uppgifter, som svårligen kunna öfverensstämma med uppfattningen af, att organet vore säte för hastigt försiggående degenerativa och atrofiska förändringar.

En noggrann granskning af GRIFFITHS' beskrifning af den undersökta prostatas struktur, framtvingar dessutom oemotståndligt den uppfattningen, att de hypertrofiska processerna inom organet redan före operationen varit kombinerade med en kronisk prostatitis, en uppfattning, som icke synes motsägas af sjukhistorien.

Miktionen var nämligen ytterligt frekvent och mycket smärtsam; en svår cystit hade sedan flere månader förelegat, och kateter hade användts sedan 2 år, åtminstone på sista tiden med täta mellanrum. Blåsan företedde en betydande förtjockning af sin vägg samt inflammatoriska förändringar i slemhinnan. Prostata var, såsom ofvan framhållits, ännu vid sektionen stor, samt något hårdare än normalt. I organet anträffades dessutom några fläckar till en utsträckning af ända till $^1/_2$ tums diameter, infiltrerade af extravaseradt blod. Dessa blödningar

---

[1]) Brit. med. Journ. $^{16}/_{8}$ 1895.

synas väl svårligen kunna uppfattas annat än såsom travmatiska, framkallade af de frekventa katetriseringarna.

GRIFFITHS uppgifver nu, att de af honom påvisade processerna voro mest framskridna i de blodinfiltrerade partierna. Äfven detta förhållande synes kraftigt tala för i fråga varande processers samband med de travmatiska lesionerna af organet, som enligt förf:s uppfattning underhållit den kroniska prostatiten samt medfört lokala cirkulationsrubbningar.

Liknande processer, som de af GRIFFITHS beskrifna, hafva äfven om ock måhända i mindre utsträckning iakttagits i hypertrofierade prostatæ af andra forskare, särskildt BORELIUS (1897). Förf. har själf äfven varit i tillfälle att återfinna dem hos en icke opererad, 68-årig prostatiker, som efter en tids kateterbehandling afled i en genom septikemi framkallad nefrit.

Utan att våga bestrida möjligheten af, att de af GRIFFITHS påvisade förändringarna af prostata delvis föranledts af operationen, tror därföre förf., att man, trots GRIFFITHS' obestridliga auktoritet inom genitalorganens histologi, icke bör tillmäta hans uppfattning af detta enda fall någon afgörande betydelse för frågan.

Gå vi nu att granska den andra af de båda positiva uppgifterna om atrofiska förändringar af prostatas struktur efter bilateral testektomi, nämligen den af WHITE[1]) lemnade beskrifningen på prostata af en 82 års man, som afled i uremi 1¹/₂ dygn efter operationen, finna vi, att han ansett sig kunna påvisa typiska tecken af begynnande atrofi hos organet. Hans beskrifning af förändringarna hos organet lyder sålunda: »Körtelstromat visar begynnande proliferation af bindväfscellerna men framför alt af muskelcellerna. Körtlarna hafva äfven börjat fyllas af prolifererade cylinderceller, och här och hvar ses något kornigt detritus i tubuli; några af cellerna synas innehålla små fettkorn.»

Enligt förf:s uppfattning finnes äfven i detta fall intet, som förbjuder att uppfatta de funna förändringarna såsom en inflammatorisk process, som här skulle vara mindre framskriden än i det af GRIFFITHS beskrifna fallet. En dylik uppfattning synes icke sakna stöd i anamnesen. Miktionen hade under senare tid varit mycket frekvent och besvärlig. Höggradig urininfektion och uremi förefunnos. Total urinretention hade förelegat

---

[1]) Annals of Surgery, XXII, 1895.

sedan 6 dagar före operationen; kateter kunde icke införas i blåsan, som därföre måste punkteras.

Enligt förf:s uppfattning kan det icke anses alt för ogrundadt, att i ett dylikt fall af höggradig kronisk cysto-pyelo-nefrit antaga, att den inflammatoriska processen blifvit fortledd till prostata, hvartill den sedan 6 dagar föreliggande totala retentionen måste ytterligare predisponera genom den förökning i kongestion, som den samma medfört till organet.

Vi torde väl därföre, åtminstone tills vidare, få anse, att de anmärkta förändringarna i detta fall icke utan vidare böra uppfattas såsom en följd af operationen, i synnerhet i betraktande af den ytterst korta tid, som denna haft tillfälle att inverka hos den ålderstigne, döende och sålunda med ytterligt nedsatt vital reaktionsförmåga utrustade patienten.

Slutligen bör förf. ej underlåta att anföra den redan förut omnämnda, af BEGGS verkstälda undersökningen af en prostata från en 65 års man 1 år efter utförd testektomi. Körtelns struktur visade sig föga förändrad. De måttligt vida lumina voro tomma eller innehöllo sparsamt detritus och afstötta celler. Alveoler bildades af 2—flere lager af korniga celler med normala kärnar. De interacinösa och interlobära septa bildades af breda stråk af stora, typiskt formade, glatta muskelceller med ringa inblandning af bindväf. Inga inflammatoriska, retrograda eller andra förändringar, som kunde anses framkallade af testektomien, kunde påvisas.

Mikroskopisk undersökning af den hypertrofiska prostata efter *ensidig testektomi* har i ett fall blifvit verkstäld af HAYNES hos en 74 års man, som afled i uremi 2 veckor efter operationen.

HAYNES fann i den samsidiga prostataloben körtelrören af oförändrad form men fylda af platta eller mindre talrika cylindriska, finkorniga epitelceller. I stromat anträffades talrika i celldelning stadda muskel- och bindväfsceller, fläckvis tätare, fläckvis sparsammare och i senare fallet omvandlade i granulationsväfnad. I den motsidiga prostataloben fann han äfvenledes någon cellproliferation hos epitelet, men i stromat blott spår däraf. HAYNES' undersökningsresultat visar sålunda i hufvudsak öfverensstämmelse med de af GRIFFITHS och WHITE lemnade uppgifterna, samt erbjuder ett synnerligen stort intresse genom förändringarnas nästan uteslutande ensidiga lokalisation.

Beviskraften hos dylika fall af ensidig sexuel operation, där undersökningen konstaterat, att den sjukliga processen uteslutande eller åtminstone i öfvervägande grad anträffas å den opererade sidans prostatalob, måste af lätt insedda skäl i allmänhet skattas högt. Detta fall torde dock enligt förf:s uppfattning icke böra tillerkännas en afgörande betydelse. Till en början är undersökningen verkstäld mycket tidigt, under en period, då man stod fullständigt beherskad af GRIFFITHS' och WHITEs uppfattning i frågan, hvarföre den troligen påverkats af dessas auktoritet och sålunda måhända ej blifvit fullt objektift bedömd.

Vidare bör framhållas, att de påvisade förändringarna icke voro inskränkta till den opererade sidans prostatalob, utan äfven, om ock i mindre utpräglad grad, påträffades i den andra loben. Af lätt insedda skäl kan ju dessutom processens öfvervägande lokalisation till ena sidan af prostata vara tillfällig, och därföre kan under alla omständigheter någon större beviskraft icke tillerkännas detta isolerade fall.

Ett noggrant studium af just dylika fall synes emellertid i hög grad egnadt att föra vår kunskap i frågan framåt, och är af denna anledning fallet värdt stor uppmärksamhet.

Tabellarisk öfversikt öfver de mikroskopiska undersökningarna rörande inverkan af bilaterala operativa ingrepp å vas deferens på den hypertrofierade prostata.

Iakttagare.	Tid mellan op. och döden.	Pr. förminskad.	Pr. oförminskad.	Dödsorsak.	Operation.
BORELIUS (op. af HANSSON) . . .	19 d.	—	75	Peritonit.	Subkutan ligatur af vasa.
HACHE (op. af GUELLIOT) . . .	24 d.	—	74	Uremi?	— —
BORELIUS (op. af BERGENHEM) .	2½ m.	—	87	— —	Vasektomi.
BORELIUS (op. af SÖDERBAUM) . .	2½ m.	—	74	Peritonit.	Vasotomi.
Förf. (op. af LENNANDER)	>1 år	—	66	Akut lungödem.	Vasektomi.

Mikroskopiska undersökningar af prostata från patienter, å hvilka utförts bilaterala operativa ingrepp på vas deferens mot prostatahypertrofi, föreligga af HACHE och BORELIUS. Redogörelsen för den förres undersökning förbigås här, enär en omfattande suppurativ prostatit visade sig förefinnas, och fallet af denna anledning är föga bevisande. Dock bör icke lemnas oomnämndt, att HACHE icke anträffade några förändringar af organet, som enligt hans uppfattning kunde anses framkallade af operationen.

Af vida större betydelse är den af BORELIUS [1]) lemnade redogörelsen för 3 af honom undersökta fall. Prostata hade i dessa fall hemtats i ena fallet 19 dagar, i de båda andra fallen $2^1/_2$ månad efter operationen.

I ett af BORELII fall (opereradt af HANSSON) hade dock endast en subkutan ligatur [2]) af vasa deferentia blifvit verkstäld, hvarjämte förefans en större, in i prostata sig sträckande abscess. I ett andra fall (opereradt af SÖDERBAUM) synas vasa deferentia blott hafva blifvit genomskurna, ett ingrepp, som ej kan anses ega samma radikala värde som en verklig resektion af organet, i synnerhet om samtidigt nerver i större utsträckning reseceras.

Att här närmare redogöra för BORELII för skandinaviska läsare lätt tillgängliga, noggranna och i detalj meddelade undersökningar synes vara öfverflödigt; tillräckligt är att nämna, att han såsom slutresultat af sina undersökningar anför, att han »icke i något af dessa fall funnit något, som — kvantitatift eller kvalitatift — skiljer sig från, hvad man kan finna i en vanlig hypertrofisk prostata».

Till dessa jämförelsevis snart efter operationen aflidna och delvis mindre radikalt opererade och af dessa båda anledningar väl i allmänhet mindre beviskraftiga fall, är förf. här i tillfälle att foga ett, där döden följde mer än 1 år efter operationen, som bestod af dubbelsidig resektion af vas deferens med särskildt aktgifvande på, att samtidigt i möjligast vidsträckt mon exstirpera angränsande nerver.

En redan före operationen verkstäld epicystostomi sörjde i detta fall för, att prostata borde vara jämförelsevis fri från de irritationer, som i mer eller mindre grad blifva en följd af urinens tömmande per urethram, hvarföre fallet äfven i detta hänseende — frånvaron af irritativa moment å prostata — måste anses ovanligt rent och ega mer än vanlig beviskraft.

---

[1]) Hygiea 1897.

[2]) Enl. senare meddelande verkstäldes i detta fall subkutan vasotomi.

II.

Efter denna öfverblick af den föregående erfarenheten i ämnet går förf. nu att redogöra för sjukhistorierna och de af honom verkstälda undersökningarna af genitalorganen hos de ofvan nämnda 4 prostatici som å Upsala kirurgiska klinik af professor LENNANDER behandlats medelst sexuela operationer.

Till herrar professorer LENNANDER, SUNDBERG och HAMMAR är det förf. en angenäm plikt att här framföra sin djupa tacksamhet för det bistånd de lemnat honom vid hans arbete; den först nämnde genom att ställa materialet till förf:s disposition, de senare för den stora beredvillighet, hvarmed de öfvervakat undersökningarna af prostata, resp. öfriga genitalorgan.

N:r 1. *P. E., 77 år, landtbrukare,* Harbo s:n. (Allm. kir. journ., n:r 473, B, 1893).

Hypertrophia prostatæ cum retentione urinæ + cystitis + nephritis interstitialis chronica. — Testectomia bilateralis. — Död 16 dagar efter operationen. — Sektion.

Anamnes. Venerisk sjukdom förnekas. Pollakiuri har förelegat sedan 3 år med 2 à 3 miktioner på natten; stundom förefans nattlig inkontinens. Strålen blef tunn och svag, slutligen endast droppande; sveda i urinröret uppträdde mot miktionens slut. Urinen var än klar, än grumlig; aldrig illaluktande, blodig eller grushaltig. Dysurien försvårades altjämt, och natten mellan den 17 och 18 november 1893 instälde sig total urinretention med alt svårare smärtor i blås- och njurtrakten, hvarifrån de strålade nedåt ljumskarna samt slutligen spredo sig öfver hela buken och perineum. Kräkningar. Blåsan kunde, enligt hans uppgift, kännas upp till ungefär 3 tvärfinger nedom nafveln.

Vid intagandet å sjukhuset den 19 november hade total retention förefunnits sedan omkring 36 timmar, och blåsan nådde öfver nafveln; först efter $1^1/_2$ timmes försök lyckades man införa en elastisk sonde coudée, hvarefter uttappades omkring 300 kcm. blek, klar urin, hvilken befann sig under helt svagt tryck.

Genom den kvarlemnade katetern uttappades därefter hvarje timme omkring 100 kcm. urin.

Status den 20 november 1893.

Hull och muskulatur tämligen väl bibehållna. Lungemfysem. Hjärtverksamheten något oregelbunden, tonerna rena, frekvensen 65. Sömn och aptit goda. Afebril.

Blåsan når nu 3 cm. öfver symfysen. Hvar annan timme uttappas urin till en mängd af 2000 kcm. under dygnet. Urinen sur, mörkbrun, grumlig, icke illaluktande; sp. v. 1,015; den samma innehåller 0,5 $^0/_{00}$ albumin, intet socker. Sedimentet bildas af talrika varceller, enstaka röda blodkroppar, inga cylindrar.

Rektalpalpation: Prostata förstorad, särskildt sidoloberna; fingret uppnår endast med svårighet och kan icke omfatta dess öfre kant.

Ingen ömhet i njutrakterna.

21 november. Tappas hädanefter 3 gånger på dagen och sköljes därefter med borsyrelösning.

27 november. Enstaka hyalina cylindrar i urinen.

Operation den 28 november 1893 (LENNANDER). Kloroformeternarkos. Exstirpation af båda testes. Tamponad af såret. På aftonen uppkommo smärtor i scrotum, som försvunno under natten.

29 november. Prostata oförändrad. Tappas 5 och sköljes 3 gånger på dagen. Allmänna befinnandet, matlust och sömn tämligen goda. Börjat hosta; spir. ammon. anisat.

30 november. Sof på natten oafbrutet till kl. 4 f. m.; tappades då på 350 kcm.

1 december. Prostata kännes något förminskad, särskildt sidoloberna. Enär sekretionen från uretra senaste dagarna varit tämligen betydlig, uttogs katetern.

2 december. Öfre kanten af prostata är palpabel. Kastat 200 kcm. urin spontant under natten, på f. m. 250 kcm.

3 december. Under natten flere spontana miktioner af tillsammanstaget 300 kcm.; på e. m. 100 kcm. Smärtor föregå miktionen, som efterföljes af någon sveda i urinröret; densamma försiggår först droppvis, derefter i svag stråle.

4 december. Miktionen ungefär såsom förra dygnet, dock blott 200 kcm. under natten.

5 december. 150 kcm. urin spontant under natten. Prostatas öfre kant tydligt palpabel.

6 december. Sömnen oroad af täta trängningar till urinkastning. Spontan miktion under dagen. Förbandsomläggning; såret rent.

7 december. Ofrivillig urinafgång under natten. Urinen starkt varblandad. Hosta. Ronchi sonori. Dämpning å vänstra lungan.

8 december. Urininkontinens under natten. Häftiga frossbrytningar på e. m.; pulsen mycket oregelbunden. Börjande kollaps. Konjak, kamfer, digitalis; grötar å vänstra lungan.

9 december. Någon allmän förbättring. Urinen håller rikligt med var och blåsepitel.

10 december. Omtöcknad och slö. Urininkontinensen fortfar. Pulsen mera oregelbunden.

11 december. Natten orolig. Fortfarande digitalis, kamfer, konjak, samt anisdroppar, och strofantus. Pulsen oregelbunden; svår hosta; dämpning å vänstra lungans bakre öfre del. Fullkomligt oredig.

13 december. Soporös. Vid *rektalpalpation* kan nu fingerspetsen med lätthet läggas öfver prostatas öfre kant. Den högra loben är mindre än den vänstra och kan fullständigt afgränsas med fingret. Den vänstra kännes spänd, nästan elastisk, och man kan icke med fingret komma mellan sidoranden och bäckenkanten.

14 december. Altjämt soporös. Hostan ökad. *Afled* kl. 4,30 e. m.

Urintabell.

	Urinmängd (kcm.)		
	Med kateter tömd	Spontant låten	*Albuminhalt* (0/00)
19 november	1300	0	—
20 »	2000	0	0,5
21 »	1500	0	—
22 »	1450	0	0,75
23 »	—	0	—
24 »	1500	0	—
25 »	2000	0	—
26 »	1700	0	0,75
27 »	1500	0	—
28 »	1700	0	—
29 »	1100	0	—
30 »	1000	0	—
1 december	1500	0	—
2 »	600	450	—
3 »	500	400	—
4 »	800	>200	1
5 »	900	>150	2,5
6 »	800	—	3
7 »	800	—	—
8 »	700	—	spår
9—14 »	—	—	—

Temperaturtabell[1]).

	morg.	aft.		morg.	aft.
19 november	—	38,2	2 december	37,2	37,4
20 »	37,3	37,8	3 »	37,0	38,1
21 »	37,2	37,7	4 »	37,2	37,6
22 »	37,1	37,6	5 »	37,1	37,7
23 »	37,0	37,6	6 »	37,1	37,8
24 »	37,2	37,6	7 »	37,2	37,7
25 »	37,0	37,2	8 »	37,3	38,8
26 »	36,5	37,3	9 »	38,4	38,4
27 »	36,7	37,0	10 »	38,4	38,1
28 »	36,9	37,3	11 »	37,8	38,3
29 »	37,8	38,2	12 »	38,1	39,0
30 »	37,6	38,4	13 »	38,6	38,9
1 december	37,3	37,7	14 »	39,9	†

[1]) Här såsom äfven i de andra fallen uppmättes temperaturen i rectum.

Sektion den 16 december 1893 (Obd.-journ. n:r 73).

Operationssåret rent.

Blåsan fyld, nående 4 cm. öfver symfysen. Pleuritis adhæsiva chron. bilater., dilatatio et hypertrophia cordis, arteriosclerosis valv. aortæ et mitralis et arter. coronar., emphysema pulmonum bilater., broncho-pneumonia et bronchitis acuta bilater., nephritis interstitialis chron. bilater.

Njurbäckena utvidgade, utan innehåll; deras slemhinna blek. Uretererna något vidgade; deras slemhinna utan anmärkning.

Blåsans serosa utan anmärkning; organet innehåller omkr. 400 kcm. i öfre lagren nästan klar, i nedre grumlig, starkt varblandad, icke illaluktande urin. Blåsväggen förtjockad, på insidan försedd med starkt framträdande trabekelverk. I slemhinnan äro öfveralt de gröfre kärlen injicierade; här och där synas fläckar af rosafärg, särskildt omkring den högra utvidgade uretermynningen, framkallade af injektion i finare kärl. Ofvanför trigonum Lieutaudii synes en 5-öres-stor, skifferfärgad fläck med fina injicierade kärl i den nedre kanten.

Prostata är förstorad, med tydlig lobus tertius, hvilken såsom en tvärgående 1 cm. lång vulst ligger tvärs öfver uretra mellan båda sidoloberna. Dessa äro företrädesvis hypertrofierade, så att de i sin främre del mellan sig sluta den till en vertikal springa hopträngda uretra. I sin helhet mäter prostata i bredd 60 mm.; i höjd från spetsen till öfre kanten af lobus tertius 55 mm.; lobus tertius mäter framifrån bakåt omkring 15 mm.

På främre sidan af lobus tertius synes en 5 mm. lång, vertikal springa med släta kanter, som underminerar slemhinnan och åter utmynnar i pars prost. urethræ. Härigenom har en kanal, öfvertäckt af en omkring 8 mm. lång slemhinnebrygga, bildats, hvilken synes genomsläppa en medelgrof kateter. Vid tryck på prostata framkommer rikligt af en gulbrun, grumlig vätska. Å snittytan af sidoloberna, som i sin helhet äro kuddlikt svällande, synas ärt- till nöt-stora, upphöjda, runda partier, omgifna af hvita, koncentriska, seniga stråk. Till konsistensen är prostata mjuk, elastisk. Vid öfvergången till pars membranacea urethræ är slemhinnan lifligt injicierad på en utsträckning af 1 cm.

I aorta synas här och där arteriosklerotiska fläckar, som såväl i arcus, som vid afgången af aa. renales samt vid bifurkationen äro kalkinkrusterade.

Epikris. Några påtagliga funktionela resultat af operationen kunde icke konstateras, ty den helt ofullständiga förmåga af spontan miktion, som visade sig förefinnas, då den kvarlemnade katetern 3 dagar efter operationen uttogs ur blåsan, kan med lika stort skäl tillskrifvas den sedan 12 dagar bestående dränagen genom uretra, ett antagande, som icke motsäges af den omständigheten, att helt snart en nedsättning å nyo uppstod i

denna förmåga jämte ökad dysuri och slutligen urininkontinens; detta ehuru regelbunden kateterbehandling fortfarande användes.

Rörande operationens inverkan på prostata framgår af de upprepade rektalundersökningarna, att prostata först efter 3 dygn visade en början volumsförminskning, hvilken sedan altjämt fortskred samt hufvudsakligen tycktes lokaliserad till högra prostataloben. Vid sektionen visade sig prostata ganska stor, särskildt fans äfven en väl utvecklad lobus intermedius. Vid insnitt i sidoloberna visade sig dessa kuddlikt svällande och till konsistensen elastiska, sålunda utan hvarje makroskopiskt tecken till skrumpning. Såsom nedan skall visas kunde ej häller mikroskopiskt någon som hälst af operationen framkallad förändring af det mycket bindväfsrika organet påvisas; ej häller kunde någon olikhet i struktur å de båda sidoloberna konstateras, egnad att lemna en förklaring öfver den kliniskt påvisade olikformiga volumsförminskningen af organet. Att den i detta fall under lifvet konstaterade påtagliga volumsförminskningen af prostata här liksom i de öfriga fallen med största sannolikhet bör åtminstone till allra största delen tillskrifvas en depletoration af den kongestionerade prostata, skall längre fram närmare beröras.

Hvad själfva dödsorsaken vidkommer, så bör denna med stor grad af sannolikhet hänföras till själfva operationen och narkosen, då ju redan ett dygn därefter otvetydiga tecken af en inom lungorna påbörjad infektion hade tillstött. Att de sjukliga processerna i hjärta och njurar varit viktiga bidragande faktorer till den olyckliga utgången behöfver väl knappast särskildt betonas.

Såsom förloppet gestaltade sig efter operationen, måste man därföre beklaga, att en operation utfördes å den föga motståndskraftige patienten; kanske han skulle hafva vunnit någon tids dräglig tillvaro genom en fortsatt kateterbehandling eller genom något annat operatift ingrepp, som icke kräft narkos, t. ex. en operation enligt BOTTINI.

Innan redogörelsen för fallet afslutas, torde det icke böra lemnas oomnämndt, att det samma tyckes vara ett bland de allra första, som opererats med anledning af RAMMS första publikation i ämnet.

Förf. har nämligen efter RAMMS första 2 operationsfall blott kunnat finna ett af BOECKMANN tidigare opereradt fall, hvarföre detta skulle vara det fjärde fallet af bilateral testektomi,

företagen mot prostatahypertrofi, om man nämligen bortser från några redan före RAMMS första pulikation af SINITZIN (från 1885) opererade fall, där ingreppet dock synes hafva företagits utan teoretiskt fullt grundade förutsättningar.

Mikroskopisk undersökning af den i alkohol förvarade prostata. Hematoxylinfärgning. April 1897. (Förf.). (Bild 1).

Såsom redan framhållits visar organet utpräglade lobuli, hufvudsakligen bildade af koncentrisk bindväf.

I öfre delen af lobus medius kan konstateras en nästan fullständig frånvaro af körtelelement; i dess öfriga partier ses i trakten närmast uretra väl utvecklade körtlar, bildade af väl bibehållna epitelceller. Loben är sammansatt af bindväf med riklig inblandning af glatta muskelceller. Bindväfven är synnerligen cellrik; cellerna utgöras af såväl rundceller och fibroblaster som framför alt af vanliga bindväfsceller. En höggradig proliferation af bindväfven förefinnes; den samma visar sig dock öfvervägande vara af äldre datum. En starkt utpräglad arterioskleros, som flerstädes ledt till verklig endarteriitis obliterans, återfinnes i samtliga delar af organet. Muskelcellerna visa särskildt i lobus medius en höggradig hyalin degeneration, så att cellernas midt är knutformigt uppdrifven af hyalina aflagringar.

I sidoloberna anträffas i hufvudsak liknande förändringar, om ock i allmänhet mindre höggradigt utpräglade. Här finnas i närheten af uretra partier med fullt typiskt utvecklade körtlar af papillomatös form, bildade af väl bibehållna, höga cylinderceller.

I alla mer perifera delar af organet ses smärre, kolfformadt eller strängformadt anordnade cellansamlingar, omgifna af ett massift lager af koncentrisk bindväf, hvars struktur angifver dess härkomst vara af äldre datum — genom kronisk bindväfsproliferation komprimerade och därigenom oblitererade körtelrester. I dessa körtelrester kunna inga tecken af akuta förändringar påvisas.

Bindväfven är i dylika partier mindre cellrik samt visar sig äfven mera stråkformigt anordnad. Muskulaturen är sparsammare och mindre starkt hyalinvandlad än i lobus medius.

Den patologiska processen torde sålunda böra uppfattas såsom en prostatahypertrofi med en kronisk indurativ prostatitis med tryckatrofi af de perifera körtelpartierna, höggradig hyalinvandling i muskulaturen och en starkt utpräglad sklero-

serande arteriitis. Däremot kunna inga som hälst af den verkstälda testektomien framkallade förändringar af organet påvisas.

I enlighet med GRIFFITHS' uppfattning af prostatahypertrofien såsom en, tvänne olika stadier genomlöpande process, borde den samma här uppfattas såsom en öfvergångsform mellan det första glandulära begynnelsestadiet, som den redan till största delen passerat, till det andra eller fibrösa slutstadiet, som präglat sin karakter på de flesta partierna af organet.

N:r II. *A. D., 77 år, f. d. soldat,* Vänge s:n. (Allm. kir. journ., n:r 58, A, 1896).

Hypertrophia prostatæ cum retentione urinæ + cystitis + pyelonephritis bilateralis. — Testectomia bilateralis + epicystostomia. — Död 8 dagar efter första operationen. — Sektion.

Anamnes. Venerisk infektion förnekas. Några sjukliga symptom från urinvägarna har han icke märkt förr än på hösten 1891, då efter en förkylning plötsligt akut urinretention instälde sig med åtföljande svåra smärtor. Anfallet häfdes fullkomligt genom en kortare tids kateterbehandling. Han var nu fri från dysuri ända till i december 1895, då han utan känd anledning och äfven denna gång utan iakttagna prodromala symptom från urinorganen hastigt fick täta, men icke synnerligen smärtsamma trängningar till urinering omkring 1 gång i timmen natt och dag. Polyuri synes samtidigt hafva förefunnits. Han intogs den 1 februari 1896.

Status s. d.: Patienten är stor och grof; hull och muskulatur i betraktande af hans höga ålder goda. Krafterna synas icke vara synnerligen nedsatta. Lungor och hjärta utan anmärkning. Pulsen jämn och kraftig, frekvensen 68. Matlusten dålig, törsten ökad; afföringen trög. Afebril.

Den starkt utspända blåsan bildade vid intagandet en manshufvudstor, rund, mjuk, fluktuerande tumör, som i midtlinien nådde upp till nafvelplanet, hvilket den något öfversköt till vänster om midtlinien. Perkussionstonen å tumörens öfre del dämpadt tympanitisk, å dess nedre del matt.

Rektalpalpation (Förf.): Prostata kännes oöm, hård, af en citrons storlek. Bredden är omkring 7 cm.; dess öfre gräns nås icke öfveralt tydligt af fingret. Den bakre ytan är jämn, starkt konvex; den högra loben är något större och mera utbuktande än den vänstra. Den intermediära midtfåran är otydligt utpräglad.

Sädesblåsorna äro icke palpabla.

Urinen är klar, ljusgul, sur, fri från albumin, socker och patologiska formelement i det mycket sparsamma sedimentet. Urinmängden omkring 2000 kcm. i dygnet de närmaste dagarna efter intagandet.

Yttre genitalia utan anmärkning.

Dubbelsidigt ingvinalbråck.

Ingen betydligare ömhet i blås- eller njurtrakterna. Han erfar föga obehag från blåsan, sedan han med en elastisk sonde coudée n:r 16 (CHARRIÈRE), hvar 6:te timme tappas på 500 kcm. urin, hvarefter blåsan hvarje gång sköljes med 4 % borsyrelösning, hvaraf 100 kcm. kvarlemnas.

Under denna behandling förblef hans tillstånd tämligen godt under de första dagarna; kateterns införande försiggick utan blödning eller någon nämnvärd svårighet eller smärta.

5 februari. I urinen syntes vid andra tappningen, som icke var förenad med någon ökad svårighet, blod i ringa mängd. Vid tredje tappningen under dagen var urinen starkt blodfärgad. På aftonen misslyckades införandet af den förut använda katetern, och lyckades man först efter stora svårigheter att införa en silfverkateter n:r 20. Urinen var äfven nu starkt blodblandad; 400 kcm. uttappades. Blåsan var starkt spänd och ömmande; svår värk, som han hufvudsakligen förlägger till penis, samt häftiga trängningar till urinkastning instälde sig. Den totala urinretentionen kvarstår. På aftonen och under natten började urinen att afgå spontant i små portioner.

6 februari. På morgonen misslyckades hvarje försök att införa kateter. Man beslöt nu verkställa exstirpation af båda testes i afsikt att därigenom framkalla depletoration af prostata samt med tanke på att, om urinen därefter icke spontant afginge, punktera blåsan.

Operation den 6 februari 1896. (LENNANDER). Kloroform-eternarkos. Tvärsnitt genom scrotum. Exstirpation af båda testes samt underbindning af funiklarne med massligaturer af katgut n:r III, lagda i en af klämmtänger framkallad krossfåra. Silkwormgutsuturer i huden.

Under dagen afgingo spontant omkring 500 kcm. urin. Frossbrytningar. — Hög feber på aftonen.

Operation den 7 februari 1896. (LENNANDER). Kloroform-narkos i TRENDELENBURGs läge. Sectio alta med en 7 cm. incision genom linea alba. Peritonei omslagsställe låg i jämnhöjd med symfysens öfre kant. Blåsväggen genomskars mellan 2 grofva i den samma inlagda katgutsuturer, hvarefter en blodig, något illaluktande urin uttömdes.

Mellersta prostataloben sköt in i blåsan, omgifvande urinrörets mynning baktill och på sidorna. Orificium internum var så vid, att pekfingret lätt kunde införas i den samma. Å bakre blåsväggen kännes 1 cm. ofvanför prostata ett tvärgående veck; här kännes blåsväggen mycket fast. Med de nämnda katgutsuturerna framdrogs blåsväggen mot huden.

Såret tamponerades med salolgas, sedan blåsan dränerats medelst ett groft gummirör, som förenades med en CATHCARTs aspirations-apparat. Efter operationen gafs subkutant 750 kcm. fysiologisk NaCl-lösning. Icke obetydlig kraftnedsättning efter operationen.

Ökad feber under dagens lopp.

8 februari. Minskad feber. Allmänna tillståndet nedsatt. Erhöll på aftonen 600 kcm. NaCl-lösning subkutant. Vin, kamfer.

10 februari. Allmänna tillståndet något höjdt. Nästan afebril.

12 februari. Feber. Urinen, som altjämt afgår genom dränageröret, är något mindre blodig.

Rektalpalpation (Förf.). Ingen påtaglig förändring af prostata kan konstateras.

14 februari 1896. Under de sista dagarna ha krafterna altjämt aftagit. Talet är omtöcknadt. Urinen har varit starkt grumlig af var, men föga blodblandad. Hosta. Tecken af diffus bronkit å båda lungorna. Behandlingen har utgjorts af digitalis, kamfer, konjak, vin, spir. ammon. anisat., Rosén, grötomslag å ryggen.

Afled kl. 11,40 e. m.

Temperaturtabell.

	morg.	aft.		morg.	aft.
1 februari	—	37,4	8 februari	38,0	37,9
2 »	37,3	37,3	9 »	37,8	38,4
3 »	37,0	37,3	10 »	37,4	37,8
4 »	36,9	37,3	11 »	37,5	37,4
5 »	36,8	37,4	12 »	38,1	39,0
6 »	37,4	39,9	13 »	37,9	38,5
7 »	39,7	40,2	14 »	37,9	38,6

Sektion den 18 februari 1896. (KARLBERG).

Operationssåren reaktionsfria.

Hjärtat något förstoradt. (Dilatatio cordis).

Lungorna emfysematösa. Utbredd, dubbelsidig bronkit och lungödem.

Njur-kapslarna lossna tämligen lätt. Njurarnas konsistens betydligt slapp. Ytan af ett flammigt utseende. Njurarna äro något förstorade: den vänstra mäter i längd 14 cm., i bredd 8 cm.; den högra resp. 14 och 7 cm. Vid insnitt sväller barken öfver snittytan, som är af ett flammigt utseende med grågula och mera röda partier. Teckningen i barken är otydlig. Parenkymet grumligt, ogenomskinligt. Smärre blödningar förekomma på några ställen. I pyramiderna finnas små abscesser.

Njurbäcken och *ureterer* starkt utspända af ett tjockt, ljust, grågult, varigt innehåll. Ett liknande innehåll fyller *blåsan*, hvars väggar äro starkt förtjockade. Muskulaturen framträder på insidan såsom ett upphöjdt trabekelverk. Slemhinnan gråsvart, missfärgad.

Prostata betydligt förstorad med tydligt utvecklad lobus tertius. På bakre väggen af pars prostatica urethræ finnes en ytlig substansförlust, öfverbryggad af en del trådlika väfnadsrester, bakom hvilka man med sonden kommer upp i en liten recess mot blåsans botten, skild från blåsans lumen blott genom en slemhinnebrygga.

Arteriosklerotiska fläckar i *aorta*.

Från öfriga organ intet att anmärka.

Epikris. Detta fall utgör ett typiskt exempel på, huru ytterligt farlig kateterbehandlingen under vissa omständigheter

kan gestalta sig. Här förelågo alla betingelser för, att ett i blåsan infördt infektionsämne hastigt skulle framkalla en allvarsam och vidtomfattande infektion, nämligen en betydande kongestion af urinorganen, hvilken framkallades af en, sannolikt sedan lång tid bestående och för tillfället mycket höggradig dilatation af urinblåsan och kliniskt yttrade sig genom polyuri och hematuri. Endast dessa för en fortskridande infektion i så hög grad gynsammma omständigheter kunna förklara infektionens så ytterligt akuta förlopp.

Vid en återblick på fallet kan man efteråt icke underlåta att beklaga, att epicystostomien icke utfördes förr, än här blef fallet, men, såsom förhållandena gestaltade sig vid tidpunkten för testektomien, förelågo då ännu inga påtagligare tecken af någon allvarsammare infektion såsom temperaturstegring eller frossbrytningar, om ock redan mycket svåra tenesmer i blåsan hade instält sig, egnade att framkalla misstanke på en våldsam cystit.

Man sökte undvika att göra epicystostomi genom att i dess ställe verkställa dubbelsidig testektomi. Denna operation råkade nu blifva utförd i en mycket olycklig tidpunkt nämligen just på den dag, under hvilkens senare förlopp de starka frossbrytningar och den höga temperaturstegring tillstötte, som lemnade otvetydiga indikationer till att med det snaraste öppna blåsan. Troligt är för öfrigt, att själfva operationen i någon mon medverkat till exacerbationen af infektionen genom den ökning i kongestion till njurarna, som är en oundgänglig följd af en narkos.

Detta ingrepp, som under andra omständigheter omedelbart skulle hafva utförts, vågade man nu i betraktande af patientens höga ålder och nedsatta tillstånd icke strax verkställa, enär han sedan blott några timmar tillbaka genomgått en narkos. Ganska ovisst synes dock vara, om en något tidigare utförd epicystostomi skulle kunnat gifva förloppet en gynsam vändning.

Fallet uppmanar emellertid kraftigt till att, då en mycket akut urininfektion synes vilja uppstå, icke försumma en dyrbar tid med mindre hastigt verkande ingrepp, utan ofördröjligen lägga blåsan öppen för en fri dränage.

Beträffande testektomiens inverkan på den föreliggande dysurien, så finna vi, att under dagens lopp omkring 500 kcm. urin afgingo spontant. Detta förhållande kan dock icke anses bevisa någon af operationen framkallad påtaglig förbättring, då ju redan under närmast föregående dygnet urinen börjat afgå frivilligt.

I prostatas storlek och konsistens kunde 6 dagar efter testektomien ingen påtaglig förändring påvisas vid undersökning från rectum; ej häller kunde den mikroskopiska undersökningen påvisa några som hälst af operationen framkallade förändringar i organet.

Hufvuddödsorsaken torde hafva varit den dubbelsidiga pyelo-nefriten. Den till döden bidragande utbredda bronkiten måste väl tyvärr till stor del få skrifvas på de båda narkosernas räkning.

Undersökning af den formalinhärdade blåsan och prostata. Augusti 1896. (Förf.).

Blåsan är betydligt förstorad och tjockväggig; den samma mäter i höjd 12 och i bredd 8 cm.; väggens tjocklek uppgår i apex, corpus och collum till 6 resp. 14 och 18 mm. Organet bildar en omkring 2 cm. djup posttrigonal ficka samt tvänne mindre laterala fickor, belägna utanför lobb. latt. samt skilda från den förra fickan genom sagittalt stående slemhinneveck. Blåsans inre yta visar för öfrigt ett kraftigt utprägladt trabekelverk, som innesluter små — högst ärtstora divertiklar.

Prostata. Makroskopisk undersökning. Väl fripreparerad från angränsande bildningar väger prostata 131 gram.

Det starkt förstorade organet har i hufvudsak bibehållit sin normala yttre form.

Inre uretralmynningen är dock något deformerad, enär högra sidoloben med sin öfre bakre ände något skjuter in i blåsan, hvarvid den samma upplyfter ett omkr. 5 mm. djupt veck af slemhinnan, som sålunda förtränger orificii bakre del. Detta veck, som i sig äfven innefattar några smärre stråk af glatta muskler, bildar taket till en sinuös utbuktning af bakre uretralväggen. Mot detta veck har tydligen katetern fastnat samt lacererat det samma, utan att dock tränga in längre än till det vesikala bladet.

Slemhinnan, som bekläder prostata, är öfveralt slät och jämn.

Någon uttalad lobus medius finnes icke, utan föreligger en förstoring blott af sidoloberna.

Uretra, som genom dessa är hoptryckt till en sagittalt stående, springformig kanal, eger å bredaste stället, d. v. s. 2 cm. nedanför orific. int., en sagittal utsträckning af 2 cm. Uretras bakre vägg bildar här en verklig recess i prostata.

Miktionshindret synes hufvudsakligen vara framkalladt af sidolobernas kompression af pars prostatica, hvaremot det lilla

slemhinnevecket vid blåshalsen blott i mindre grad torde hafva medverkat.

Mätning af organet angifver följande dimensioner af detsamma:

longitudinel diameter:	i midtlinien		6	cm.
	å lob. dext.		6,4	»
	» » sin.		5,8	»
sagittal diameter:	bakom uretra:	upptill	2,5	»
		i midten	2	»
		nedtill	1,2	»
» »	framför uretra:	upptill	2,8	»
		i midten	2,5	»
		nedtill (=1/2 cm. från apex)	1,5	»

Transversel diameter å bredaste stället 7,5 cm.

Utriculus prostaticus är 22 mm. lång; dess fundus sticker fritt ut bakom och ofvanför prostatas öfre kant.

Prostata eger öfveralt fast konsistens; ingenstädes kunna några blödningar makroskopiskt påvisas.

Vid insnitt i vänstra loben öppnas några små — ärtstora hålor, innehållande vallmofrö — hirskornstora corpora amylacea.

Snittytan visar för öfrigt framspringande lobuli, särskildt i organets nedre partier

Rundt om prostata, men framför alt å bakre väggen i synnerhet å högra loben samt omkring sädesblåsorna anträffas ett stort antal variköst utvidgade samt delvis trombotiserade vener.

Mikroskopisk undersökning af prostata. Hematoxylinfärgning. (Bild II).

Organets hufvudmassa består af bindväf och muskelväfnad; körtelväfnaden uppträder jämförelsevis sparsamt samt fläckvis, rikligast i trakten bakom och lateralt om uretra i prostatas mellersta del.

Körtlarna förete öfveralt den vid prostatahypertrofi vanliga beskaffenheten samt visa ofta den typiska, papillomatösa förgreningen. Acini äro än nästan fullkomligt fylda af ett lager väl utvecklade, regelbundet anordnade cylinderceller med mot periferien hopade kärnar; oftare har en sekretstagnation i lumen ledt till afplattning af de papillomatösa utskotten, och ses då nästan cystartadt omvandlade lumina, beklädda af mera kubiskt afplattadt, men för öfrigt väl bibehållet epitel.

Cellerna äro finkorniga samt visa sig vid osmiumfärgning innehålla ett i allmänhet ringa, i ett fåtal celler dock icke obetydligt antal fettkorn, likväl icke påtagligt mera, än hvad som ses i hypertrofiska prostatæ från icke opererade män.

Lumina äro oftast fylda af klart sekret, som dock innehåller ett antal finare och gröfre detrituskorn.

Epitelcellerna i pars intermedia förete fläckvis pigmentdegeneration.

Å ett fåtal ställen i organets mera perifera del ses sammandragna körtelrör med tomma lumina, klädda af ett lager tunna, atrofiska epitelceller, som dock icke äro säte för degenerativa processer — tydligen redan före operationen förefintliga, cirkumskripta körtelatrofier, som man också finner hos hypertrofiska prostatæ från personer, som icke opererats.

Muskelväfnaden uppträder i kraftiga stråk, samt synes bilda omkring en tredjedel af prostatas massa. Muskelcellerna visa i allmänhet låggradig, å några ställen dock ganska höggradig, hyalin degeneration.

Bindväfven, som bildar organets hufvudmassa, är ganska cellrik samt uppträder än — i synnerhet i de centralare delarna — såsom ett finare nätverk, å andra ställen — särskildt mot periferien — såsom organiserade, cellfattigare bindväfsstråk, rikligt uppblandade med muskelbalkar.

Förutom de talrika bindväfscellerna ses flerstädes, i synnerhet i trakten bakom och lateralt om urinröret rundcellsinfiltration med å några ställen början de väfnadsnekros.

Blodkärlen äro i regeln fullkomligt oförändrade, endast å ett ringa fåtal ses helt låggradiga, sklerotiska processer.

Den mikroskopiska undersökningen af prostata kan således icke påvisa några som hälst förändringar, som kunna uppfattas såsom följder af operationen, enär de atrofiska och degenerativa processer, som förelågo, äfven kunna återfinnas hos icke opererade prostatici. Ännu ett faktum af negativ art, men ändock af intresse, kunde påvisas, nämligen den nästan absoluta frånvaron af sklerotiska kärlförändringar — ett undantag bland många till den af LAUNOIS och GUYON framstälda regeln, att prostatahypertrofien alltid är bunden vid arterioskleros i prostatas kärl.

Den akuta prostatiten, som tydligen blott helt kort tid förelegat, har sannolikt varit en indirekt följd af kateteriseringen och kan under alla omständigheter icke uppfattas såsom en följd af operationen.

Den patologiska processen hade här i allmänhet blott passerat det första eller glandulära af de ofvan berörda af GRIFFITHS framstälda utvecklingsstadierna; endast å ett fåtal ställen ses, i synnerhet i prostatas perifera delar, körtelatrofier, tydande på fibrös omvandling af organet.

N:r III. *E. L., 70 år, torpare,* Vänge s:n. (Allm. kir. journ., n:r 409, A, 1896.)

Hypertrophia prostatæ cum retentione urinæ + cysto-pyelo-nephritis + epididymo-funiculitis suppurativa sinistra. — Vasectomia dextra + testectomia sinistra. — Spermatocystitis suppurativa + abscessus retroprostat. + nephritis acuta cum degenerat. amyloid. — Epicystostomia. — Död 4$^{1}/_{3}$ månad efter första operationen. — Sektion.

Anamnes. Venerisk infektion förnekas. Han har haft frekventa behof af miktion sedan 13 år; sedan 10 år har urinen till största delen tömts medelst kateter. Total retention har förelegat sedan 3 månader. Öfvergående ansvällning och ömhet å högra och vänstra skrotalhalfvan uppträdde för resp. 5 och 3 år sedan. Efter ett långt och forceradt gående uppstodo i början af december 1896 åter tecken af inflammation i högra testis.

Status den 9 december 1896.

Krafttillståndet godt. Lungemfysem; bröstets organ för öfrigt utan anmärkning. Ringa temperaturstegring.

Urinen håller blott spår af albumin, eger sp. v. 1,018, är svagt grumlig af levkocyter, mikrober samt enstaka epitelceller; inga cylindrar. Högersidig, suppurativ epididymit med fistelbildning å skrotalhuden samt funikulit; vänstra epididymis något förstorad, oöm; vänstra orkis utan anmärkning.

Rektalpalpation. Prostatas bakre yta oöm; icke knölig eller hård; dess höjd och bredd omkring 4 cm. Midtfåran palpabel blott upptill.

Högra sädesblåsan blyertspennetjock, mjuk, oöm; den vänstra kan icke urskiljas.

Tappning af blåsan sker utan svårighet eller smärta med elastisk kateter; behofvet påkommer ungefär hvarannan timme.

Operation den 10 december 1896. (LENNANDER).

Resektion af 3 cm. af vas deferens sin.; primära suturer. Exstirpation af högra testis samt amputation af den starkt ansvälda funikeln vid annulus inguinalis externus. Det starkt ansvälda vas deferens var i sin nedre del fullkomligt oblitereradt. Under dagen efter operationen hade tillståndet så till vida försämrats, som införandet af den förut använda elastiska katetern misslyckades (kramp?), hvarföre en fast kateter måste tillgripas. Efter ännu ett dygn lyckades åter kateteriseringen såsom förut.

Läkningen af såren skedde tämligen trögt; dysurien förblef oförändrad under de närmaste veckorna efter operationen. Sedan den 17 januari 1897 märkte han, att en ringa urinmängd pressas ut ur uretra vid defekationen. Han visade sig åter den 12 februari 1897.

Kateterns införande mötte då mindre svårigheter än förr; kateterbehofvet påkommer något mindre ofta än förut, nämligen omkring 10 gånger på dygnet.

Urinen nästan fullkomligt klar.

Rektalpalpation. (Förf.): Prostata kännes oöm, hård, slät, föga förstorad.

Sädesblåsorna icke påvisbara.

Undersökningsresultatet grumlades af en stor, fluktuerande utfyllnad framför rectum, hvilken uppfattades såsom en periuretral abscess.

Patienten tillråddes att omedelbart söka sjukhusbehandling, hvilket råd han dock synes hafva följt först den 15 april, härtill föranledd af, att han då misslyckades vid kateterns införande. Den starkt utspända blåsan tappades denna dag med metallkateter, sedan man misslyckats i försöken att införa NÉLATONs eller elastiska katetrar.

Status den 17 april 1897:

Nedsatt nutritionstillstånd; höggradig mattighet och slöhet. Inga ödem.

Urinen ammoniakaliskt stinkande, grumlig; innehåller 1,6 % albumin; ingen reducerande substans. Det rikliga sedimentet bildas af hyalina och korniga cylindrar, talrika levkocyter och epitelceller, kokker och trippelfosfatkristaller.

Operation den 17 april 1897 (OLSSON):

Eternarkos. Epicystostomi. Mellersta prostataloben var betydligt förstorad samt inskjutande i blåsan. I denna infördes ett dränrör, som sattes i förbindelse med en CATHCARTs sugapparat.

18 april. Stor kraftnedsättning efter operationen. Stertorös respiration. Begynnande coma. Stimulantia: kamfer, digitalin, subkutan koksaltstransfusion.

19 april 1897. *Död* kl. 11 f. m.

Sektion den 21 april 1897. Obd.-journ. n:r 51. (DAHLSTRÖM):

Cystostomisåret reaktionsfritt. Testektomi- och vasektomisåren äro fullkomligt läkta och bilda smala ärrstrimmor. Lindrigt anasarka å thorax.

Hjärtdilatation med hypertrofi och fläckvis parenkymatös degeneration af muskulaturen. Begynnande skleros i aorta- och mitralisflikarna.

Cirkumskript, vänstersidig, akut, fibrinös plevrit; smärre subplevrala blödningar å båda lungorna. Dubbelsidigt alveolärt lungemfysem samt lungödem. Dubbelsidig katarral bronkit. Cirkumskript högersidig bronko-pnevmoni.

Peritoneum utan anmärkning.

Amyloiddegeneration i mjälten (sagomjälte).

Njurarna äro lika stora (12 × 5,5 × 2,5 cm.); snittytan icke svällande. Njurbarken gulgrå, nästan genomskinlig med otydlig teckning; dess tjocklek 6—7 mm.; amyloid förekommer i ringa mängd. Märgen är gråröd, tydligt skild från barken. Inga abscesser synliga. Vid njurkapselns aflossande medföljer fläckvis parenkymet. Njurarnas yta företer talrika större och mindre indragningar, som särskildt äro utpräglade å den konvexa kanten. (Stora hvita njurar med någon amyloid samt sekundär skrumpning.)

Njurbäckena dilaterade; papillerna afplattade, föga framträdande. I den härifrån hemtade urinen anträffades talrika, hyalina, vaxlika, korniga samt enstaka epitelcylindrar.

Uretererna lillfingertjocka, i sin nedre del försedda med utbuktningar; slemhinnan blek.

Blåsan hopfallen, hållande en ringa mängd gulgrå, grumlig urin; dess vägg förtjockad, insidan försedd med starkt framskjutande trahekelverk, å hvars åsar slemhinnan är starkt rodnad och försedd med tätt sittande, små blödningar. Uretermynningarna af vanlig storlek; ofvanför dem finnas två, några cm. långa divertiklar, som utan svårighet lemna tillträde för fingret.

Prostata förstorad, särskildt dess högra lob, som är något mer än valnötstor. Vänstra loben är omkring 1/3 mindre än den högra. Sidoloberna äro vid genomsnitt gråbleka med några öfver snittytan sig höjande lobuli, som visa koncentrisk strimmighet. I högra lobens laterala del finnes en hasselnötstor abscesshåla, fyld med grågrönt var. I vänstra lobens snittyta ses äfvenledes var flerstädes framkomma.

Mellersta loben inskjuter i blåsan till en hasselnöts storlek. Dess yta är mörkröd; dess öfversta del visar vid insnitt ett kavernöst utseende. Vid tryck framväller ur körtelmynningarna i bakre delen af uretra mellan prostataloberna ett varigt sekret. En införd sond inkommer i en större abscesshåla på baksidan af prostata under dess kapsel. Abscessen delar sig upptill i 2 grenar, hvilka inlöpa i sädesblåsorna, ur hvilka vid insnitt tjockt, grönaktigt var framkommer. Utom dessa varhärdar finnes en, under det fossa recto-vesicalis bildande peritonealvecket belägen, plommonstor abscess, som icke synes ega kommunikation med de förra. Dess vägg är grågrönt missfärgad; den samma innehåller rent var samt grått, slemmigt sekret.

Bindväfven mellan blåsan och rectum var dessutom å ett 5-öresstort område varimbiberad. Ringa grad af arterioskleros i aorta.

Epikris. Fallet erbjuder intresse i flere hänseenden; till en början genom själfva operationsmetoden, som hittils blott i ett fåtal fall (Vautrin, Borelius) blifvit använd. Ett snart efter den första operationen uppträdande symptom, nämligen hastigt påkommen svårighet för kateterns införande saknar icke motstycke i literaturen samt har uppfattats såsom en af det operativa ingreppet framkallad, i regeln hastigt öfvergående reflexkramp af uretras muskulatur. Exempel på andra, mer perifera, liknande postoperativa retningsfenomen finnas äfvenledes beskrifna, såsom kramp i mm. levator och sphincter ani, nevralgier i scrotum eller ljumskarna, klimakteriska kongestioner i bäckenet, ja, t. o. m. ptyalismus.

Operationens verkan i funktionelt hänseende blef helt ringa samt yttrade sig i en öfvergående minskning af kateteriseringsbehofvens frekvens. Den högst ofullständiga förmågan af spontan

miktion som uppstod efter operationen var utan all praktisk betydelse.

Af stort intresse var själfva dödsorsaken. Den med amyloiddegeneration komplicerade akuta nefrit, som framkallade döden, hade otvifvelaktigt sin grund i de sedan lång tid förefintliga bäckensuppurationerna. Dessas ursprung synes väl med största sannolikhet böra sökas i den vid obduktionstillfället konstaterade suppurationen i sädesblåsorna, till hvilka infektionen säkerligen fortledts från epididymis genom vas deferens sin. Dylika mellan blåsan och rectum föreliggande bäckensuppurationer anträffas ej alldeles sällan vid obduktioner af prostatici, samt synas då i allmänhet förklarade af falska vägar eller ulcerationer i en divertikelartad eller stenförande blåsa Här synes emellertid dess etiologi, såsom nämndt, vara en annan.

Fallet visar äfven nödvändigheten af noggranna och upprepade rektalpalpationer, om de också här på grund af patientens försumlighet blefvo utan nytta.

Patienten instälde sig nu för sent till den sista operationen. Beträffande denna synes en prerektal incision bort gifva de bästa chancerna att samtidigt lemna fri dränage för abscessbildningarna och dränera blåsan; af dessa båda hufvudändamål kunde genom sectio alta blott det senare vinnas. Måhända bör en rektal cystotomi just i dylika förtviflade och med kroniska, djupt liggande retrovesikala abscessbildningar komplicerade fall, ej alldeles lemnas ur räkningen bland de metoder, mellan hvilka operatören eger att välja. Ingreppet tillfredsställer visserligen icke en modern aseptiks alla fordringar, men är hastigt utfördt, kräfver icke narkos, samt måste anses ega en ganska afsevärd palliativ betydelse.

Undersökning af den formalinhärdade prostata den 25 april 1897 (Förf.).

Makroskopisk undersökning.

Vikt 48 gram.

Hypertrofien är hufvudsakligen lokaliserad till lob. dextr. och medius.

Uretra är höggradigt deformerad, omvandlad till en i sagittal riktning stående springa af ända till 2 cm:s djup. Genom högra lobens kraftiga proliferation har den samma erhållit en starkt uttalad konvexitet åt vänster. I trakten af urinrörsmynningen är uretras lumen genom den i det samma utskjutande

lobus medius omvandladt till en halfcirkelformad, framåt konvex springa.

Den prostata beklädande slemhinnan är öfveralt jämn och slät.

Prostata eger följande dimensioner:

Longitudinel diameter: i midtlinien 5,0 cm., lob. dext. 3,5 cm., lob. sin. 3,2 cm.; sagittal diameter: lob. dext. 3,5 cm.; lob. sin. 3,0 cm.; transversela diametern å bredaste stället uppgår till 5 cm.

Högra loben är af en valnöts form och storlek samt devierar, såsom redan framhållits, uretra; vänstra loben är betydligt mindre samt afplattad mot den förra.

Lobus medius är nästan klotrund; till mer än hälften af sin utsträckning intravesikal. Dess diameter är omkring 2 cm.; vid insnitt i den samma ses dess intravesikala del i stor utsträckning ega kavernöst utseende: knappnålshufvudstora — linsfröstora, dilaterade körtellumina.

Prostata eger för öfrigt öfveralt fast konsistens.

Snittytan visar i allmänhet föga uttalad lobulering; i den högra lobens midt ses dock en nära körsbärsstor, koncentriskt lagrad tumör, som i hufvudsak har förlänat loben dess från den vänstra loben afvikande form och storlek.

Mikroskopisk undersökning af prostata. Hematoxylinfärgning. (Bild III).

Organet bildas till allra största delen af bindväf; muskel- och körtelväfnaderna uppträda i underordnad mängd.

Körtlarna äro i sidoloberna väl utvecklade, ofta stjärnformigt eller papillomatöst anordnade med fullständigt bibehållna, höga, cylinderformade celler; i lobus medius äro de till största delen omvandlade till stora sekretfylda cystor, beklädda af ett lager kubiskt, regelbundet epitel med väl utbildade kärnar.

Å vissa ställen, särskildt i lobus sinister ses talrika atrofierade, hopfallna körtelrör, bildade af ett lager kubiska celler. Enär i dessas lumina vanligen saknas detritusrester, kunna dock dessa atrofiska processer icke anses ega någon akut karakter, utan måste uppfattas såsom följder af den ganska höggradiga, kroniska, indurativa prostatit, för hvilken det hypertrofierade organet i detta fall är säte.

Bindväfven är nämligen öfveralt synnerligen cellrik; cellerna äro dels rundceller, som å några ställen i sidolobernas bakre

delar öfvergått till abscessbildning; dels fibroblaster samt vanliga bindväfsceller. I lobus medius ses äfven ett fåtal smärre, äldre och yngre blödningar, som troligen orsakats af katetern.

Dessutom visar organet särskildt i lobb. medius och dexter ända till hasselnötstora lobuli, bildade af koncentriskt anordnade bindväfslager, som i sitt centrum innehålla körtlar.

Muskulaturen är tämligen sparsam samt visar här och hvar ganska höggradig, hyalin degeneration.

Några påtagliga arteriosklerotiska processer kunna icke påvisas i prostata.

Prostata företer sålunda bilden af en hypertrofi med fläckvis väl uttalad lobering och i allmänhet äfven väl utbildadt körtelsystem, samt är dessutom säte för en kronisk indurativ prostatit.

Några atrofiska eller degenerativa förändringar, som med nödvändighet synas böra tillskrifvas själfva operationen, kunna icke påvisas.

N:r IV. *F. P., 65—66 år, f. d. nämndeman*, Vesslands s:n. (Allm. kir. journ., n:r 299, A, 1894; 95, 370, B, 1895.)

Hypertrophia prostatæ cum retentione et incontinentia urinæ + cystitis + nephritis interstitialis chronica. — Epicystostomia + vasectomia bilateralis. — Permanent fistel. — Död omkring 1 år efter sista operationen. — Sektion.

Anamnes. Patienten har såsom yngre haft malaria. Föregående sjukdom i urogenitalapparaten, venerisk sjukdom samt alkoholmissbruk förnekas. Tidtals har han varit besynnerlig, processlysten.

Alt sedan våren 1892 har han lidit af dysuri, som under loppet af ett år blef alt svårare. Urinträngningarna blefvo täta samt påkommo slutligen hvar annan timme; urinen afgick först efter en längre stunds (omkring 10 minuters) smärtsamma krystningar först droppvis, sedan stötvis i svag stråle. Ingen smärta under eller efter miktionen; ingen urin-inkontinens; ingen yttre förändring af urinens beskaffenhet. Nätterna voro jämförelsevis lugna, då han afhöll sig från flytande föda på kvällarna. Afföringen vanligen trög; alt sedan 14 års ålder ofta hemorroidalbesvär. Allmänna hälsotillståndet för öfrigt tillfredsställande. Under början af år 1894 instälde sig urin-inkontinens under nätterna. Efter en grundlig förkylning under en resa förvärrades i september 1894 dysurien ytterligare, urinen afgick med större svårighet, och inkontinensen förelåg nu både dag och natt. Vid samma tid uppstodo ödem i ansiktet och å nedre extremiteterna upp till öfver knäna.

Status den 12 oktober 1894.

Allmänna tillståndet nedsatt, dock icke höggradigt. Han går uppe. Någon afmagring. Lungorna något emfysematösa. Hjärt-

tonerna aflägsna; andra pulmonalis- och aorta-tonerna något förstärkta; hjärtat för öfrigt utan anmärkning. En viss demens rödjes i talet. Matlusten dålig; afföringen trög. Afebril. Ateriæ radiales slingrade, arteriosklerotiska.

Miktionsbehofvet påkommer 2 gånger i timmen under dagen samt en gång i timmen på natten. Trängningarna äro häftigt påkommande, men föga smärtsamma; själfva miktionen försiggår smärtfritt samt utan större ansträngning. Urinstrålen är mycket tunn och svag samt afslutas stötvis under krystningar. För närvarande förefinnes blott ringa urininkontinens. Urinen är klar, sur, sp. v. 1,013; dess mängd omkring 1300 kcm. på dygnet. Blod, albumin eller socker kunna icke påvisas i den samma. Enstaka blåsepitelceller och levkocyter anträffas däri först efter energisk centrifugering.

Inspektion af buken visar en nära barnhufvudstor frambuktning af partiet ofvanom symfysen, mest utpräglad åt höger. Vid perkussion å samma område erhålles dämpadt tympanitisk ton uppåt till midt emellan nafveln och symfysen, åt sidorna till midten af lig. Pouparti, nående längre åt högra sidan. Vid palpation å buken märkes, förutom en mera diffus och något ömmande resistens å det dämpade området, en elastisk, rundad, skenbart isolerad och rörlig tumör till höger om midtlinien, nående uppåt till 3 cm. under horisontala nafvelplanet. Vid tappning af urinblåsan, som utan svårighet verkställes med en NÉLATONs kateter n:r 12 (Char.), försvinna fullständigt såväl den ofvan beskrifna resistensen som ock den högersidiga tumören, hvilka sålunda visade sig bildade af den starkt utspända urinblåsan.

Rektalpalpation (förf.): Prostata kännes oöm, föga förstorad, symetrisk, dess bakre yta hård. Öfre gränsen kan utan svårighet omfattas med fingret. Organet når ingenstädes fram till bäckenväggen. Mot den starkt utspända och in i rectum frambuktande, elastiskt fluktuerande, bakre blåsväggen urskiljas tydligt de icke ömmande vesiculæ seminales.

Testes, som äro tämligen små samt af något lösare konsistens än normalt, ligga vanligen uppdragna mot annulus inguinalis externus.

Funiklarna samt yttre genitalia för öfrigt utan anmärkning.

Ödem förefinnes å underbenen samt till ringa grad å låren och nedre delen af buken.

Behandling. Fraktioneradt tömmande af urinblåsan; därefter sköljning af den samma medelst 4 % borsyrelösning morgon och afton. Laxantia.

15 oktober. Ökad urin-inkontinens under natten. En lindrig frysning efter tappningen på aftonen samt ringa temperaturstigning.

18 oktober. Mattighet. Är sängliggande. Starka frossbrytningar på f.m. jämte värk i korsryggen och i högra njurtrakten. Fuktiga rassel å lungorna. Låg feber.

19 oktober. Urin-inkontinensen har sedan ett par dagar förefunnits i ökad grad samt äfven under dagen.

De dagar, då patienten ett par timmar före aftonkateteriseringen erhållit sulpat. chin. (0,5—0,75 gr.), följas tappningarna vanligen (dock icke konstant) af betydligt minskade eller inga frysningar.

21 oktober. Efter kvällstappningen uppstod en frosskakning, som varade 3/4 timme.

24 oktober. Urinen blek, sur, grumlig, sp. v. 1,008; håller icke mera albumin, än hvad som kan härledas från de i den samma förefintliga varcellerna, hvilka jämte en riklig mängd rörliga stafbakterier bilda det tämligen sparsamma sedimentet. Inga cylindrar. Residualurinen har under sista veckan i allmänhet uppgått till omkr. 600 kcm.

27 oktober. Efter tappningen på aftonen fick patienten svåra frossbrytningar, som varade större delen af natten.

Miktionen försiggår fortfarande 2 gånger i timmen på dagen. Urin-inkontinensen fortfar.

30 oktober. Ökad feber på morgonen. Allmänna tillståndet försämradt.

Operation den 30 oktober 1894 (DAHLGREN).

Kloroform-eter-narkos i TRENDELENBURGs läge. Sedan i blåsan insprutats 350 kcm. borsyrelösning gjordes sectio alta med en 8 cm. lång longitudinel incision i linea alba omedelbart ofvanför symfysen. Peritonealvecket sköts trubbigt uppåt. Blåsväggen inciderades med ett 2 cm. långt longitudinelt snitt mellan 2 förut i blåsväggen inlagda silkessuturer. Det i blåsan införda fingret kunde påvisa, att orificium internum urethræ omgafs af en i blåsans lumen starkt framskjutande prostatatapp, liknande en liten portio vaginalis uteri. Blåsans vägg visade för öfrigt en utprägladt trabekulär anordning samt hade sin största utsträckning uppåt åt höger. Någon tumör eller verklig divertikel kunde icke påvisas. Blåssårets kanter framdrogos och fastsyddes vid huden med 4 silkessuturer, hvarjämte äfven de 2 i blåsväggen först inlagda silkessuturerna äfvenledes fastsyddes i huden. Ett groft gummirör infördes i blåsan samt fixerades med 2 silkwormgutsuturer i huden. Hudsårets vinklar hopsyddes med 3 silkwormgutsuturer. Salolgastamponad af såret.

Hög aftontemperatur.

31 oktober. Måttlig reaktion efter operationen. Febern något minskad. Urinen afgår blodblandad genom dränröret.

2 november. Allmänna tillståndet nedsatt på grund af matleda. Urinen fri från blod, håller spår af albumin. I sedimentet anträffas talrika varceller, kokker och baciller, men inga cylindrar.

6 november. Afebril.

10 november. Ekzem i sårkanterna, enär urinen sedan några dagar trängt ut bredvid röret. LASSARs pasta. Blåsan sköljes äfven efter operationen med borsyrelösning 2 gånger dagligen.

Allmänna tillståndet altjämt nedsatt på grund af dålig matlust. Sömnen tämligen god. Afebril. Ödemet å underbenen nästan försvunnet.

14 november. *Rektalpalpation* (förf.): Prostata är af ett mindre äpples storlek, något ömmande; dess bakre yta platt och slät; interlobära midtfåran otydligt utpräglad. Ingen påtaglig olikhet förefinnes mellan de båda loberna. Fingret når öfveralt ofvanför prostatas öfre kant, i midtlinien ända till 2—3 cm. ofvanför den samma. Sidoloberna nå icke fram till bäckenväggen.

Sädesblåsorna äro tydligt palpabla såsom hårda strängar.

Operation den 15 november 1894 (LENNANDER).

Kloroform-eter-narkos.

Genom ett 4—5 cm. långt snitt på hvardera sidan, parallelt med sädessträngarna, blottades dessa, hvarefter deras gröfre kärl noggrant frilades. Därefter exstirperades å hvardera sidan omkring 4 cm. af funiklarna, dock med skonande af de förut frilagda gröfre kärlstammarna. De uttagna styckena visade sig bestå af vasa deferentia, större grå nervstammar, smärre arterer och vener samt bindväf, men inga större kärl. Primära silkwormgutsuturer i huden. Kollodium-dermatolsalveförband.

Helt ringa reaktion efter operationen; på aftonen afebril; pulsfrekvensen 76.

21 november. Matlusten bättre. Allmänna tillståndet märkbart höjdt. Temperaturen vanligen afebril sedan operationen.

22 november. De båda operationssåren läkta per primam. Suturerna uttogos. Något ödem i scrotum. Af epicystostomi-såret kvarstår nu blott en smal fistelgång.

4 december. Matlusten god, krafterna betydligt höjda. STILLEs blåsfistelbandage anlägges.

5 december. Lemnar i dag sängen. Urinröret genomsläpper, ehuru trögt, en elastisk kateter n:r 18. Lindrig frysning efter sonderingen.

6 december. Sängliggande. Feber. Någon ömhet förefinnes i båda njurtrakterna. Urinen håller spår af albumin; i sedimentet finnes blåsepitel, levkocyter, inga cylindrar.

8 december. Afebril. Ömheten kvarstår.

14 december. Har åter lemnat bädden. Ömheten borta. Urinen albuminfri.

Rektalpalpation (förf.): Prostata visar ingen påtaglig förändring sedan den 14 nov. Äfven å testes kan ingen förändring påvisas.

19 december. Utskrifves med väl slutande blåsfistelbandage.

Alt sedan operationen har all urin gått genom fisteln; blott några droppar hafva någon gång pressats fram genom uretra.

Någon mera påtaglig försämring af patientens psyke såsom följd af operationen har icke kunnat påvisas.

Efter hemkomsten var allmänna tillståndet under de 3 första veckorna rätt godt; matlusten och sömnen voro goda, afföringen trög. Trängningar till urinkastning påkommo dock altjämt rätt ofta, minst en gång i timmen. Då han bar bandaget tömdes all urin genom fisteln, men ofta aftog han det samma, och rann då urinen båda vägarna, dock icke ofrivilligt ur uretra.

Genom urinens ständiga retning af huden bildades efter någon tid ett ekzem å nedre delen af buken och genitaltrakten. Han misslyckades vid ett tillfälle i slutet af februari 1895 i att åter anlägga bandaget, enär fisteln för mycket dragit sig tillsammans, och intogs därföre några dagar senare åter å sjukhuset.

Status den 20 februari 1895.

Allmänna tillståndet nedsatt.

Urinen sur, grumlig, sp. v. 1,018 håller $\frac{3}{4}$ °/oo albumin. I sedimentet finnas talrika varceller och mikrober, såväl baciller som i synnerhet kokker; inga cylindrar.

Å nedre hälften af buken nedanför nafveln, genitaltrakten samt lårens insida märkes ett vätskande ekzem. Starkt ödem förefinnes ock å penis och scrotum. Å vänstra lårets insida en stor furunkel. Decubitus å båda trochanteres majores.

Behandling. Fisteln vidgades blodigt, hvarefter i den samma infördes en gummislang, som fixerades med tvänne suturer i huden. Blåssköljningar med borsyrelösning 3 gånger dagligen. LASSARs pasta å ekzemet. Incision af furunkeln. BUROWs kompresser å decubitussåren.

26 februari. Fistelbandaget anlägges åter. Ekzemet nästan försvunnet. Såren ännu icke fullt läkta men rena.

Rektalpalpation (förf.): Å prostata kan altjämt ingen tydlig förändring konstateras.

Utskrifves.

I hemmet vanskötte han sig å nyo. Under långa tider använde han intet bandage; vid dessa tillfällen tömdes urinen äfven i nämnvärd mängd genom uretra, i synnerhet på morgnarna.

Inkom åter för observation i början af september 1895.

Status den 6 september 1895.

Allmänna tillståndet tämligen godt. En viss grad af dementia förefinnes altjämt. Pulsen regelbunden, något svag, frekvensen 72—80. Afebril. Bröstets organ såsom den 12 okt. 1894. Matlusten och sömnen rätt goda; afföringen trög. Intet ödem förefinnes.

Urinen ljusgul, klar, sur; fri från albumin.

Sedan bandaget påsatts gå blott helt små portioner urin genom uretra, hvarvid han känner lindriga, dock icke smärtsamma trängningar. Ärren efter operationerna å vasa deferentia visa sig fullkomligt fria från förhårdnad eller ömhet. Yttre genitalia för öfrigt oförändrade sedan förra status; orchides dock möjligen något mjukare. Ingen ömhet å blåstrakten. Fisteln synes i sin främre del epitelbeklädd; något indragen under hudens yta, som där är rynkig. Ingen furunkulos eller ekzem kring den samma.

Rektalpalpation (LENNANDER): Prostatas bakre vägg kännes något förstorad, hård, jämn och plan. Dess sidobegränsningar tydligt palpabla i sina nedre delar. Upptill öfvergå sidobegränsningarna utan tydlig gräns i vesiculæ seminales. Dessa ömma obetydligt för tryck och tyckas icke vara förstorade. Prostatas öfre mellersta gräns äfvenledes palpabel, något ömmande. Ingen känbar gräns mellan båda loberna. För öfrigt intet att anmärka vid palpation från rectum.

I afsikt att så vidt möjligt ernå slutning af fisteln och därigenom tvinga urinen att passera genom uretra, bär patienten i stället för blåsfistelbandaget ett torfmullskuddförband öfver fisteln.

13 september. På morgnarna afgår en mindre mängd urin genom uretra; för öfrigt blott helt obetydligt. Höggradigt ödem har i dag uppstått å underbenen. Urinen ljusgul, grumlig, svagt sur, innehåller albumin. Talrika varceller i sedimentet.

19 september. Ödemet minskadt. Urinen har i dag för första gången i betydligare mängd (omkring 100 kcm. 3 gånger under dagen) afgått genom urinröret. Fisteln brännes med termokauter. Allmänna tillståndet rätt godt.

20 september. Urinen svagt alkalisk, innehållande spår af albumin. Sedimentet håller talrika blåsepitel- och varceller.

23 september. Ödemet försvunnet. Helt ringa urin har de senaste dagarna låtits genom uretra; i dag afgick dock en större kvantitet vid badet. Tillståndet för öfrigt oförändradt.

7 oktober. Fistelns lumen betydligt reduceradt i storlek. Då urinen i smärre portioner passerar uretra förmärkes det icke af patienten; passagen af något större mängder urin på en gång föregås däremot af en kort stunds smärtfria trängningar.

15 oktober. Urinen afgår i minskad mängd och blott droppvis genom uretra, utan att patienten någonsin har förnimmelse däraf.

20 oktober. Under senaste dagarna hafva flere försök gjorts att med bråckbandsliknande bandage stänga till fistelns mynning, men utan varaktig verkan.

23 oktober. Trots förbandet går nästan all urin genom fisteln. Urinens beskaffenhet i hufvudsak oförändrad.

28 oktober. Ett nytt i dag anlagdt pelottbandage synes göra god tjänst; nästan all urin afgår genom uretra, och patienten känner, när urinen passerar genom den samma.

5 november. Urinen går till största delen genom uretra, dock i allmänhet patienten omedvetet. Allmänna tillståndet nedsatt; han är alltid frusen samt lider stundom af verkliga frossbrytningar.

15 november. Trots bandaget passerar åter en icke obetydlig mängd urin genom fisteln; största mängden tyckes likväl gå genom uretra, dock eger han förnimmelse däraf, blott då några större portioner passera. Sedan några dagar tappas han och sköljes dagligen genom uretra med 4 % borsyrelösning. Urinen är ljusgul, tämligen klar, svagt sur; håller spår af albumin samt i sedimentet blåsepitelceller och talrika varceller; inga cylindrar.

20 november. Tillståndet i allo oförändradt.

23 november. Under sista dygnen har han känt sig något nedsatt, samt ofta lidit af frysningar. I dag feber med ihållande frossbrytningar; känsla af håll, smärtor å hela thorax samt någon hosta. Stark dyspné; talrika torra och fuktiga rassel å båda lungorna. Hjärttonerna svaga; pulsen tämligen god, frekvens 86. Behandling: konjak, kamfer, spir. ammon. anis., digitalis.

24 november 1895. Medvetslös. Starka trakealrassel. Hög feber. Pulsen svag, regelbunden; frekvensen 120. *Afled* kl. 1.30 e.m.

Urinmängdstabell (kcm).

Urinmängd, spontant uttömd genom uretra.

21	september	1895	30
27	»	»	50
28	»	»	90
29	»	»	0
30	»	»	40
1	oktober	»	200
2	»	»	60
3	»	»	40
4	oktober	1895	60
5	»	»	50
6	»	»	90
7	»	»	110
8	»	»	90
9	»	»	70
10	»	»	100
11	»	»	220

Temperaturtabell.

			morg.	aft.
10	oktober	1894	—	37,4
11	»	»	37,8	38,6
12	»	»	36,8	37,1
13	»	»	36,9	37,2
14	»	»	36,3	37,5
15	»	»	36,4	37,8
16	»	»	37,6	37,4
17	»	»	37,4	38,7
18	»	»	37,9	38,9
19	»	»	38,0	38,0
20	»	»	37,4	38,4
21	»	»	36,0	37,9
22	»	»	36,5	38,0
23	»	»	37,2	37,4
24	»	»	37,0	37,1
25	»	»	36,9	38,0
26	»	»	37,2	37,6
27	»	»	37,5	38,4
28	»	»	37,5	37,9
29	»	»	37,4	38,4
30	»	»	38,4	39,6
31	»	»	37,9	39,4
1	november	»	37,6	39,0
2	»	»	37,4	38,2
3	»	»	37,6	37,9
4	»	»	37,4	37,8
5	november	1894	37,7	37,4
6	»	»	36,9	37,0
7	»	»	37,0	37,2
8	»	»	36,8	37,4
9	»	»	36,4	37,0
10	»	och därefter i regeln afebril		
4	december	1894	36,9	36,9
5	»	»	37,0	36,9
6	»	»	38,2	38,9
7	»	»	38,2	38,2
8	»	»	37,0	37,1
9	»	»	37,0	37,4
10	»	»	37,6	38,2
11	»	»	38,0	37,5
12	»	»	36,0	37,5
13	»	»	37,0	36,5
14	»	»	36,4	36,4
15	»	»	36,4	—
4	novemb.[1])	1895	37,1	37,9
5	»	»	36,3	36,6
6	»	»	36,0	—
15	»	»	36,3	—
16	»	»	36,2	—
23	»	»	38,2	38,7
24	»	»	38,2	†

[1]) Före denna tid i regeln fullständigt afebril.

Sektion den 26 november 1895 (obd.-journ. n:r 91) SUNDBERG:

Hjärtat något förstoradt, särskildt vänstra ventrikeln. Endokardiet fläckvis förtjockadt. Valvula mitralis' ränder något förtjockade. Hjärtköttet brunt. Arteriæ coronar. cordis icke sklerotiskt förändrade.

Lungorna: allmänt ödem och hypostas, mest i de nedre, bakre partierna, som äro blott föga luftförande. I nedre delen af ileum 3 små sår af tuberkulöst utseende. Aorta något utvidgad med sklerotiska fläckar.

Prostatas konsistens fast och hård, något förstorad; längd: 5 cm.; djup: vänstra loben 2,8 cm., högra loben 2,4 cm.; bredden 4,5 cm. Lobus tertius framspringer såsom en drufstor valk inåt blåsan, fallande öfver urinrörets mynning såsom en valvel.

Blåsan starkt sammandragen, hönsäggstor, innehållande varlik vätska. Slemhinnan förtjockad, hemorragiskt infiltrerad öfver de framträdande trabeklerna. Inga sår eller difteritiska beläggningar. Genom en trång fistelgång öppnar den sig framåt i regio hypogastrica.

Testes något lösa och bleka; för öfrigt utan anmärkning.

Epididymides och vesiculæ seminales utan anmärkning.

Uretererna icke dilaterade.

Njurarna något förminskade; resp. mått 6 × 4 × 2,3 cm. Kapseln lossnar längs konvexa randen med någon svårighet; denna visar oregelbundna insänkningar med ojämna kanter. Organets yta längs konvexa randen knottrig, för öfrigt slät. Till färgen bleka, brungrå; konsistensen fast. Njurarnas snittyta visar tydlig skilnad mellan märg och bark. Barken utefter konvexa randen fläckvis förtunnad till 3—4 mm., för öfrigt af normal tjocklek. Njurarna för öfrigt i allmänhet bleka, icke missfärgade, synnerligen fasta. Ingen grumlighet eller andra förändringar.

Njurbäckenas slemhinna utan anmärkning.

Epikris. Såsom ett moment af intresse må till en början framhållas patientens ovanligt stora benägenhet för »kateterfeber», desto mera anmärkningsvärd som kateterns införande alltid skedde under antiseptiska kauteler samt försiggick utan svårighet eller smärta samt aldrig medförde blödning. Denna kateterfeber uppträdde företrädesvis efter den kateterisering, som utfördes på aftnarna, samt yttrade sig öfvervägande i allmänna febersymptom: frossbrytningar med temperatur- och pulsstegring, hvaremot tecken till urininfektion i regeln voro mindre utpräglade. Af särskildt intresse är ock, att några dagars feber äfven följde på den sondering, som utfördes 5 veckor efter verkstäld cystostomi, då urinen ännu hade beständigt aflopp genom fisteln. Huruvida eller till hvilken grad denna ovanligt stora benägenhet för kateterfeber kan finna sin

förklaring i den malariainfektion, hvaraf patienten förut lidit, måste tils vidare lemnas oafgjordt.

Detta redan länge förmodade samband mellan malaria och vissa fall af kateterfeber har föranledt några kirurger att i dylika fall genom en före sonderingarna gifven kinados söka förebygga utbrotten af kateterfebern. Dessa försök hafva ofta, såsom i detta fall, utfallit lyckligt, och man har häri velat se ett ytterligare bevis på ett bestämdt samband mellan de båda åkommorna.

Sista tiden af patientens sjukhusvistelse upptogs af fåfänga försök att bringa fisteln till läkning, försök som afbrötos af hans oväntadt hastiga frånfälle.

Sjukhistoriens hufvudintresse ansluter sig dock till resektionen af vasa deferentia och dess följder.

Till en början torde fallet, åtminstone så vidt förf. vid studium ur den tillgängliga literaturen kan finna, vara ett bland de allra första, där operation å vasa deferentia blifvit utförd i fullt medveten afsikt att framkalla förminskning af en hypertrofierad prostata.

Visserligen gjorde HARRISON redan omkring 1886 en subkutan genomskärning af vasa deferentia hos en prostatiker; dock skedde detta utan föregående noggrant studium af ämnet samt blott i afsikt att genom ett möjligast lindrigt ingrepp tillmötesgå patientens enträgna begäran att för botande af sin dysuri undergå kastration.

Underbindning af vasa deferentia har derefter förordats af RAMM [1]) samt af MEARS [2]) den 5 november 1894. ISNARDI utförde 1894 en vasektomi; patienten afled efter en tid i viskeralcancer, hvadan sålunda måhända icke en verklig prostatahypertrofi förelåg.

Förf. tror sig ega rättighet att utan vidare lemna obeaktad en af KING lemnad uppgift om en af denne operatör redan den 3 september 1894 utförd bilateral »vasektomi». Vid en på grund af recidiverande dysuri 10 månader senare verkställd bilateral testektomi fann nämligen King, att, ehuru han ansett sig hafva resecerat de båda vasa deferentia till en längd af 2½ tum, de nu visade sig fullkomligt hopläkta. Icke utan skäl framkastar WHITE den förmodan, att den nämnde for-

---

1) RAMM: Kastrationens Betydning i Prostatahypertrofiens Behandling. Kristiania. Juli 1894.

2) MEARS: New-York med. Journ. Febr. 1895.

skaren i stället för vasa deferentia exstirperat ett par arteriosklerotiskt förtjockade arterer.

Här ofvan beskrifna fall är således måhända det första, där en verklig vasektomi utförts i fall af ren prostatahypertrofi.

Operatören lade redan i detta första fall hufvudsaklig vikt på att jämte vasa deferentia i största möjliga utsträckning äfven exstirpera de dessa kanaler åtföljande talrika nervstammarna, härvid utgående från den sedermera alt mera stadgade uppfattningen, att det redan länge konstaterade sambandet mellan prostata och testes förmedlas af en direkt eller indirekt nervledning.

Detta fall är äfven, såsom redan förut betonats, det, där resektionen af vasa deferentia längsta tiden (1 år, 9 dagar) haft tillfälle utöfva sin inverkan på en till anatomisk undersökning kommen prostata.

Hvad först beträffar de kliniskt iakttagna förändringarna af prostata efter operationen, så voro dessa små, om ens några. Rektalundersökningar, företagna omkring 1 resp. 3 och 10 månader efter operationen, kunde vid intetdera tillfället påvisa några bestämda förändringar vare sig i form eller konsistens å det redan före operationen icke synnerligen höggradigt förstorade, hårda och föga elastiska organet, som vid sektionen visade sig vara något större, än hvad man på grund af de verkstälda rektalundersökningarna hade väntat. Att ej håller den mikroskopiska undersökningen af prostata kunde konstatera närvaron af några genom operationen framkallade förändringar, skall nedan visas.

Hvad slutligen angår operationens verkningar i funktionelt afseende måste äfven dessa betraktas såsom inga eller åtminstone tvifvelaktiga.

Ehuru före operationen någon total urinretention aldrig hade förelegat, ernådde patienten först ett par månader efter operationen en ytterst ofullkomlig förmåga af uretral miktion, nämligen vid de tillfällen då fisteln råkat blifva tilltäpt. Att han dessförinnan någon gång varit i tillfälle att pressa ut några droppar, kan icke anses ega någon praktisk betydelse.

En mera påtaglig miktionsförmåga per urethram ernådde han först, sedan 10 månader efter operationen energiska försök blifvit inledda att genom pelottbehandling hindra urinens afflöde genom fisteln. Men äfven vid dessa försök blef resul-

tatet mera en urininkontinens än en verklig miktionsförmåga, ty i regeln egde han förnimmelse af urinens passage genom urinröret, endast då någon gång större mängder uttömdes på en gång.

Det är väl därföre föga sannolikt, att fistelns fullkomliga slutande i detta fall af långt gången blåspares skulle hafva medfört någon större ökning af miktionsförmågan.

Under alla omständigheter måste, såsom redan framhållits, operationens funktionela verkan ännu efter ett år betraktas såsom ingen eller åtminstone icke påtaglig.

Beträffande dödsorsaken vill förf. ej lemna oanmärkt, att det letalt förlöpande, akuta lungödemet måhända åtminstone delvis torde hafva härledts från en förut mera latent förlöpande, kronisk uremi.

Undersökning af den i 65 % alkohol härdade ***blåsan och*** *genitalorganen:* prostata och testes med dessas utförsgångar. Augusti 1896 (Förf.).

Makroskopisk undersökning. Blåsan är sammandragen; dess kavitet mäter i longitudinel och transversel diameter knapt 5 cm.

Organets inre yta visar sig i sina öfre och bakre partier fint trabekulerad; dess främre hälft är slät samt är i midtlinien på gränsen mellan sin öfre och mellersta tredjedel trattformigt utdragen framåt, hvarvid den öfvergår i en trång, rakt framåt förlöpande, 1,5 cm. lång fistelkanal, mot hvilkens yttre ända huden likaledes är trattformigt indragen.

De mediala kanterna af musculi recti abdom. ligga omkr. 3 mm. aflägsna från fistelns lumen. Blåsans vägg mäter vid vertex och å corpus något öfver 1 cm. i tjocklek; vid collum eger den en tjocklek af 1,8 cm. samt öfvergår där utan makroskopiskt tydlig gräns i den 2 cm. tjocka främre prostatakommissuren. Omedelbart bakom lobus medius finnes en omkr. 1,5 cm. djup retroprostatisk recess. Bakom ett transverselt stående interuretralt slemhinneveck finnes en större och ännu djupare posttrigonal ficka.

Prostata väger, noggrant fripreparerad från angränsande bildningar, 50 gr.

Organet visar förstoring af båda sidoloberna samt en kraftigt utvecklad lobus medius.

Prostata eger följande dimensioner:

Longitudinel diameter: i midtlinien (inklusive lob. med.) 5,5 cm.; å lobb. lat. 4,5 cm.;

i sagittal diameter: upptill och i midten 3,5 cm., nedtill (5 mm. ofvanför apex) 2 cm.;

i transversel diameter upptill 5 cm., å midten 4 cm., nedtill (1 cm. ofvanför apex) 2,5 cm.

Sidoloberna hafva i hufvudsak bibehållit sin normala form. Lobus medius, som kolflikt uppstiger från orificii bakre omkrets, når upp 1 cm. öfver lobb. latt. samt eger i midtlinien (troligen framkallad af kateteriseringen) en grund fåra, som delar den samma i 2 nästan lika stora hälfter. Lobens främre yta är kilformad med den 2 cm. breda basen uppåt; spetsen öfvergår i uvula, som från sidorna är starkt sammantryckt samt skjuter 0,5 cm. in i uretras lumen såsom ett sagittalt stående, kölformadt veck.

Urinrörets lumen bildar således i prostatas öfre del en transversel springa; längre ned en sagittal, som i sin bakre del af uvula uppdelas i 2 parallela hälfter. Ingenstädes ses någon ulceration eller falsk väg.

Mikroskopisk undersökning. Hematoxylinfärgning.

Prostata. (Bild IV—V). Om de mera epitelfattiga perifera partierna frånräknas, visar sig prostata till omkring hälften af sin massa bildad af körtelväfnad; resten utgöres hufvudsakligen af bindväf; muskelväfnaden är jämförelsevis sparsamt förekommande.

Körtelväfnaden uppträder i växlande former. Vanligen företer den samma den vid prostatahypertrofi mera vanliga typen af acini, bildade af ett lager stora, regelbundna och väl utbildade cylinderceller. Dessa acini ega dock här alltid synnerligen trångt lumen, fyldt af grof-finkornigt innehåll. Cellerna synas väl fylda af en substans med hyalint utseende, som innehåller talrika, fina korn, hvilka dock efter osmiumfärgning visa sig till blott jämförelsevis ringa antal bestå af fett, som icke kan påvisas i större mängd än hos på lika sätt preparerade hypertrofiska prostatæ från män, som icke opererats.

De öfveralt regelbundet bildade och sinsemellan lika cellkärnarna ligga i regeln förskjutna utåt mot periferien af acini, där de innanför membrana propria bilda en regelbunden kantzon.

Därjämte finnas andra ställen, där lumen alldeles saknas i acini, hvilkas celler ännu bibehållit sin regelbundna form och öfriga normala egenskaper.

Utom dessa partier med utseende af fullt benignt adenom finnas andra, som sakna det typiska adenomets utseende: solida epitelkolfvar, bildade af celler med mera oregelbundna gränser.

Slutligen finnas partier, där cellproliferationen är ännu mera atypisk; här anträffas i väfnadsmaskorna mellan muskel- och bindväfssträken långa strimmor, bildade af epitelceller af sist nämnda karakter. Ingenstädes förete epitelcellerna några påvisbara degenerativa eller atrofiska förändringar; ej häller föreligga några tecken af abnormt stegrad celldelning. Endast i trakten af utriculus prostaticus anträffas i granskapet af uretra ett flertal cystartade epitelbildningar. Dessa böra dock säkerligen uppfattas såsom dilaterade körtelgångar, som ock i hypertrofierade prostatæ i regeln anträffas därstädes.

Muskelväfnaden, som bildar kraftiga stråk, visar sig fullkomligt normal, fri från proliferations- eller degenerationsfenomen.

Äfven bindväfven visar ringa förändringar; den samma är tämligen cellfattig, i allmänhet finfibrillär. På grund af frånvaron af starkare bindväfsstråk visar organet blott otydligt uttalad lobering. Blott fläckvis — särskildt i trakten af väl utvecklade körtelacini — visar bindväfven tecken af pågående proliferation: den är å dessa ställen cellrikare, samt ses därstädes fibroblaster och ett finfibrillärt luckert nätverk. — Ingenstädes förefinnas rundcellsinfiltrationer.

Kärlen visa här och hvar låggradiga, sklerotiska förändringar.

Under det att förf. här lemnar oafgjordt, huruvida i detta fall den föreliggande adenomatösa processen i vissa partier af organet antagit en malign karakter, ett antagande som dock bland annat starkt motsäges af det kliniska förloppet, och som för öfrigt synes blott föga minska fallets beviskraft rörande vasektomiens inverkan på prostatas körtelsubstans, som dock å de flesta ställen af organet egde utseende af ett fullt benignt adenom, vill förf. här blott framhålla ett anmärkningsvärdt faktum, nämligen den nästan absoluta frånvaron af inflammatoriska processer i organet.

Att rundcellsinfiltration, som vid noggrant sökande mycket ofta anträffas i hypertrofiska prostatæ, särskildt om urinvägarna varit infekterade eller kateterisering användts, här alldeles saknades, torde finna en osökt förklaring i den omständigheten, att urinen hos den vasektomiserade patienten under lång tid egt fritt afflöde genom fisteln, hvarigenom prostata varit befriad från hvarje äfven fysiologisk kongestion, som åtföljer de båda processer, vid hvilka organet måste anses intresseradt: den sexuela funktionen samt miktionsakten.

Denna fullständiga frånvaro af inflammatoriska processer hos prostata synes ega desto större intresse, som därigenom undersökningsresultatet blir mera ogrumladt.

Förf. anser därföre fullgoda skäl föreligga för antagandet, att den utförda vasektomien i detta fall ännu efter mer än ett år icke framkallat några som hälst påvisbara förändringar i den körtelrika, hypertrofierade prostata.

Ductus ejaculatorii, *sädesblåsorna* samt de *perifert* om operationsstället *liggande delarna af vasa deferentia* visa inga påtagliga förändringar. I deras lumina anträffas inga spermatozoer.

Å *de vasektomiserade delarna af funikeln* hafva vasa deferentia ersatts af fasta bindväfssträngar.

Tvärsnitt af *funikeln centralt om operationsstället* (bild VI A) visar å vas deferens följande förändringar.

Vasa deferentia's lumen uppgår å högra och vänstra sidan till 0,5 à 0,6 resp. 0,25 à 0,3 mm. och är således trängre än normalt (0,7 mm.). Lumina äro utfylda af ett nästan klart, finkornigt innehåll, i hvilket spermatozoer icke anträffas. Epitelet är af fullständigt normal beskaffenhet, 2-lagradt; däremot saknar slemhinnan den normalt förefintliga, longitudinela veckningen, utan är nästan fullständigt slät. Muskulaturen är atrofisk; den företer icke den normala anordningen i kompakta lager, utan är isärsprängd och delvis ersatt af interstitiel bindväf.

Vas epidididymidis är tydligen utvidgadt, fyldt af ett kornigt sekret, i hvilket spermatozoer i mycket stort antal anträffas.

Äfven *rete testis* är, åtminstone å vissa rör, abnormt utspändt af ett sekret, i hvilket ses talrika spermatozoer (bild VI B).

Testiklarnas utförsgångar visa sig således från rete testis ända till de centrala delarna af vasa deferentia mer eller mindre

påtagligt utspända af ett sekret, i hvilket å de testes närmare liggande delarna anträffas talrika spermatozoer, ett förhållande som i betraktande af dessa cellers ovanligt höggradiga resistens icke i och för sig behöfver tyda på någon ända i det sista pågående spermatogenes men åtminstone visar, att denna process icke upphört omedelbart efter det operativa ingreppet å funiklarna.

Frånvaron af veck å slemhinnan af vasa deferentia talar ock för en atrofi af mukosan, möjligen i förening med ett ökadt intrakanalikulärt tryck, som dock på grund af den betydliga resistensen hos vas deferens' vägg icke förmått åstadkomma någon dilatation af organets lumen, utan är detta tvärtom till följd af den organet angripande atrofien något trängre än normalt.

Förutom denna sekretstagnation och en med bindväfsinduration förenad atrofi af muskulaturen i vasa deferentia — en process som finner en förklaring i upphäfvandet af organets motoriska funktion, hvarjämte den samtidigt med vasektomien verkstälda exstirpationen af nervstammarna väl också måste spela en rol i samma riktning — kunde å de i fråga varande bildningarna inga påtagliga, af operationen framkallade förändringar påvisas.

Slutligen är af intresse såväl konstaterandet af en fullständig obliteration af kanalen mellan de båda stumparna af vas deferens som frånvaron af påvisbara förändringar i de perifert om operationsstället belägna vasa deferentia, vesiculæ seminales och ductus ejaculatorii.

Tubuli seminiferi visa anmärkningsvärda förändringar (bild VII).

Körtelrören mäta i diameter mellan 80—120 μ och ega sålunda blott omkring hälften af den normala (200 μ) bredden. Deras lumina äro öfveralt synnerligen trånga; å vissa partier t. o. m. knapt påvisbara.

Tubuli seminiferi visa två skilda celltyper; dels ett perifert lager af mycket höga, smala, regelbundna cylinderceller med i regeln basalt stående kärnar, dels ett eller flere inre lager af runda celler med kornig protoplasma och stora, i liflig celldelning stadda kärnar.

I de trånga lumina ses dels dylika afstötta epitelceller, dels grofkornigt detritus. Bland detta korniga detritus ses äfven här och hvar hufvud af spermatozoer; dessa uppträda dock ingenstädes i större antal samt saknas ofta alldeles.

Ingenstädes ses körtelrör af den normala typen, som äfven förefinnes i senila testes: breda tubuli med vida lumina och lifligt försiggående spermatogenes.

Ett mycket anmärkningsvärdt förhållande är den öfveralt likformigt föreliggande förminskningen af tubuli seminiferi, en process, som tydligen är förenad med en å vissa ställen afstannad, å andra betydligt minskad eller — i betraktade af spermatozoernas resistenta egenskaper — kanske äfven här redan upphörd spermatogenes. De förändringar, med hvilka en dylik med nedsatt funktion förenad atrofi af organet skulle kunna förväxlas, äro de senila; från dessa skiljer sig den samma dock just genom sitt öfveralt likformiga uppträdande, hvarjämte den atrofiska processen ingenstädes ledt till fullständig förstöring af epitelet.

Griffiths, som gjort de senila förändringarna i testes till föremål för omfattande studier, har nämligen med stöd af undersökningar från ett stort antal testes från äldre män funnit, att de senila processerna i orchis uppträda till olika intensitet i olika delar af organet, under det att ett stort antal körtelrör i hufvudsak bibehålla sina anatomiska och spermatogena egenskaper. Vid den senila atrofien äro förändringarna dessutom icke blott, såsom redan framhållits, lokaliserade till vissa partier af orchis, utan de äro framför alt vida höggradigare, än här var förhållandet, i det att epitelet slutligen kan fullständigt försvinna och det endast af membrana propria bildade röret drager sig tillsammans till en bråkdel af sin förra diameter. Härvid antager membranens i normalt stadium skifformade celler en kubisk form och i de längst gångna stadierna har det redan förut nästan oblitererade lumen blifvit utfyldt af ett luckert nätverk af finfibrillär bindväf[1]).

Dylika processer kunde här ingenstädes påvisas, och innan en dylik form af atrofiska förändringar i testis har konstaterats, torde man ega skäl att anse de i detta fall föreliggande förändringarna såsom framkallade af operationen.

Resultatet af författarens ofvan meddelade undersökningar blir därföre i hufvudsaklig öfverensstämmelse med de af andra publicerade liknande undersökningsresultaten, att det med stor

---

[1]) Förf. har genom prof. Hammars välvilja haft tillfälle att å Upsala histologiska musei samlingar å preparater från en 70-årig man till fullo konstatera riktigheten af dessa Griffiths uppgifter.

grad af sannolikhet kan anses visadt, att aflägsnandet af testes eller operativa ingrepp å vasa deferentia icke medföra histologiskt påvisbara förändringar å den hypertrofierade, senila prostata. Däremot synes af fallet n:r IV framgå, att resektion af vasa deferentia med åtföljande nerver, åtminstone efter längre tids inverkan, kan framkalla atrofiska förändringar i testes, förändringar, som äro skilda från de vid senil atrofi påvisbara. Äfven kunde i vasa deferentia påvisas sekretionsstas centralt om de oblitererade ställena samt atrofiska förändringar af dessa organs muskulatur.

III.

Äfven om anatomiska förändringar efter i fråga varande sexuela operationer icke kunna påvisas i den hypertrofierade prostata, följer ingalunda såsom en direkt slutsats, att dessa operationer öfver hufvud sakna berättigande vid den i fråga varande sjukdomen. Här måste äfven den kliniskt vunna erfarenheten få tala.

I själfva verket visar literaturstudier i ämnet ett alldeles för stort antal af noggrant och opartiskt, ja, t. o. m. kanske med förutfattad motvilja mot operationsmetoden iakttagna fall, där efter en sexuel operation vunnits högst påtaglig såväl objektiv som subjektiv förbättring, ehuru sjukdomen förut under lång tid trotsat annan behandling, fall, där t. ex. en flerårig, total urinretention genom ingreppet blifvit häfd.

I betraktande af den predominerande rol, som GUYON och hans skola väl med rätta tillmäta kongestionen såsom en faktor vid prostatahypertrofiens symptomatologi, må det ej förvåna, om man från flere håll och särskildt från pariserskolans urinkirurger (ALBARRAN m. fl.) trott sig finna en förklaring af de funktionela förbättringarna efter de sexuela operationerna just i en minskning af denna vid prostatahypertrofi alltid föreliggande kongestion.

En dylik depletoration af såväl blod- som lymfsystemet i prostata kan väl svårligen med våra nuvarande resurser anatomiskt konstateras. Den från några observatörer beskrifna veckbildningen å prostatas eller recti slemhinna kan med kännedom om dessa membraners elasticitet knappast anses framkallade genom skrumpning af prostata; ej häller kan ett mikro-

skopiskt påvisande af veckade eller hopfallna kärlväggar anses lemna otvetydiga bevis på en under lifvet minskad fyllnad af detta kärl. Viktigare bevis för, att en förminskning af kongestionen vunnits genom operationen, synas däremot lemnas af kliniska fakta.

Rektalundersökningar samt mätningar af prostatas längd förmedelst sond hafva nämligen äfven i de fall, där inga strukturela förändringar mikroskopiskt kunnat påvisas, i ett flertal fall otvetydigt gifvit vid handen, att den förstorade eller starkt utspända prostata verkligen undergått en påtaglig volumsförminskning eller minskning i turgor. Om denna substansförlust icke kan påvisas i prostatas organiserade väfnader, måste den samma hafva sitt säte i de cirkulerande: blodet eller lymfan. Denna genom operationen vunna depletoration torde för öfrigt ingalunda böra uppfattas såsom uteslutande eller kanske ens hufvudsakligen intresserande själfva prostatas i regeln icke synnerligen kärlhaltiga substans; fastmer — och detta synes ju äfven lättare förklara operationens verkan i funktionelt hänseende — torde den samma äfven sträcka sig till de mukösa och submukösa delarna af pars prostatica urethræ och närliggande delar af blåsan, hvilka väfnader, som bekant, äro försedda med talrika, stora och ej sällan variköst utspända kärl till den grad, att väfnaden kan antaga nästan kavernöst utseende. Kliniska rön tala för en dylik af operationen framkallad minskning i slemhinnornas blodhalt. Så har man i några fall sett en sannolikt från blåshalsen härledd hematuri hastigt upphöra efter operationen; äfven har man i ett flertal fall sett en i samband med kateteriseringen före operationen konstant uppträdande blödning från pars prostat. urethræ strax efter ingreppet definitift försvinna. En ökad fyllnad just i de i fråga varande kärlsystemen torde för öfrigt vara den vanligaste orsaken till de mera akuta anfallen af urinretention; samma väfnader äro ock i första hand utsatta för det trauma, som en kateter medför, och deras däraf framkallade ansvällning torde ock vara en hufvudsaklig anledning till det icke sällsynta sakförhållandet, att en förut ofullständig urinretention, så snart katetern börjat användas, blir total. Så snart uretra i dessa fall hunnit ackomodera sig för kateterns användning, minskas åter kongestionen och lemnas därigenom en friare passage för urinen.

Med kännedom om dessa kärlsystems stora patogena betydelse samt de ofvan anförda kliniska erfarenhetsrönen synes

det sålunda högst sannolikt, att de i fråga varande operationernas kurativa verkan i första hand måste tillskrifvas en inverkan på i fråga varande kärl. Att samtidigt en ingalunda betydelselös volumsförminskning af prostata i dess helhet samtidigt kan uppstå, förnekas därmed naturligtvis icke; dock synes denna inverkan efter testektomien vida kraftigare och mera konstant visa sig hos icke hypertrofiska än hos hypertrofiska prostatæ.[1])

En dylik volumsförminskning kan för öfrigt ofta vinnas genom ett flertal andra, vida mindre ingripande förfaringssätt. Särskildt kan den akuta ansvällning af prostata, som i regeln åtföljer en akut urinretention, bringas tillbaka, så fort retentionen genom palliativa medel blifvit häfd. Här kan en volumsförminskning ernås genom ett varmt bad med åtföljande sängläge, genom en laxerande behandling eller genom en punktion af urinblåsan m. m. Lika litet som man i dessa fall varit benägen att hänföra den skedda prostataförminskningen till en förminskning af prostatas fasta väfnader, lika litet måste man med nödvändighet hänföra den efter de sexuela operationerna vunna förminskningen till en dylik.

På senaste tid har en den GUYONska och den GRIFFITHS—WHITEska uppfattningen kombinerande åsikt framstälts, nämligen att de i fråga varande operationerna i första hand åstadkomme en minskning af kongestionen i prostata, hvaremot organets senare fortskridande volumsförminskning borde uppfattas såsom en atrofi af dess fasta väfnader.

Att ett bortfallande af könsfunktionen slutligen bör framkalla en inaktivitetsatrofi af prostata låter ju a priori mycket sannolikt, och kan väl möjligheten däraf på vår nuvarande inskränkta erfarenhet i frågan icke utan vidare bestridas. Dock synes en dylik inverkan på ett organ, hvars sexuela funktion redan förut är stadt i aftagande och i många fall vid operationstillfället redan länge varit slocknad, ehuru den sjukliga processen i det samma altjämt fortskridit, i många fall böra bli liten eller ingen.

En dylik inaktivitetsatrofi bör ju för öfrigt hufvudsakligen intressera de mera direkt sexuelt funktionerande väfnaderna af organet: epitelet och de körtelrören omgifvande glatta muskelcellerna, väfnader, som, enligt hvad vi veta, i hypertrofiska

---

[1]) Förf. har nyligen (Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1897) utförligt redogjort för vår nuvarande erfarenhet om den en- eller dubbelsidiga testektomiens inverkan på den icke hypertrofiska prostata.

prostatæ ju i regeln i mängd vida öfverträffas af bindväf, som i en del fall kan vara nästan enbart förekommande. I dylika fall kan en fortgående skrumpning af organets fasta väfnader icke väntas eller åtminstone icke i sådan utsträckning, att den vinner praktisk betydelse. Vida större inverkan på prostatas fasta väfnader kan däremot väntas af en i yngre år verkstäld kastration.

Att hypertrofiska processer i prostata åtminstone i vissa fall kunna uppstå, ehuru patienten sedan många år varit beröfvad ena[1]) eller t. o. m. båda[2]) testes har i några fall kunnat konstateras.

Dylika fall synas påpeka ett, enligt författarens mening, i allmänhet föga uppmärksammadt faktum, nämligen att det intima inflytande, som testis otvifvelaktigt synes utöfva på prostata hos yngre individer, ingalunda i samma mon gör sig gällande gent emot organ, som äro säte för den proliferationsprocess, som oegentligt blifvit benämnd prostatahypertrofi.

---

1) Förf. a. st.

2) Moses, Therap. Monh. 1895.

Förklaring till taflorna.

(HARTNACK: Okular II; objektiv IV, resp. VII.)

Bild I. A.

Horisontalsnitt ur öfre delen af lobus medius från fallet n:r I.

Ett flertal höggradigt skleroserade kärl, hvars väggar ega koncentrisk lagring. Endast på två ställen ses lumina innehållande kärnar och cellrester, som troligen äro af epitelialt ursprung, näml. dels å det springformade lumen i bildens öfre kant, dels i det nästan runda lumen i bildens midtplan nära dess högra kant. Eljes saknas fullkomligt körtlar. Dessutom framträder bindväfvens rikedom på celler och dess fläckvis koncentriska anordning äfven å ställen, där inga lumina ses i centrum.

Bild I. B.

Horisontalsnitt ur nedre delen af lobus medius från fallet n:r I. Körtelgrupper med fullt bibehållna epitelceller. Cellrik bindväf.

Bild II. A.

Horisontalsnitt ur vänstra sidoloben från fallet n:r II.

Ett flertal väl utbildade, delvis cystöst utvidgade körtlar. I det cellrika stromat ses talrika muskelcellkärnar.

Bild II. B.

Horisontalsnitt ur högra sidoloben af samma prostata.

Papillomatöst anordnadt körtelparti. Epitelcellerna väl bibehållna, regelbundna, höga, cylindriska, med basalt belägna kärnar. I körtelns lumen ses smärre, koncentriska konkrementer. Stromat är cellrikt samt rikligt uppblandadt med muskelceller.

Bild III. A.

Horisontalsnitt ur vänstra sidoloben från fallet n:r III.

Körtelrikt parti. Körtlar af det vid prostatahypertrofi vanliga utseendet. Cellrik bindväf. Talrika muskelcellkärnar.

Bild III. B.

Sagittalsnitt ur vänstra hälften af lobus medius från samma prostata.

Rörformade körtlar med väl bibehållna epitelceller. Cellrik bindväf med fibroblaster.

Bild IV. A.

Horisontalsnitt ur lobus medius från fallet n:r IV.

Massiva körtelgrupper, skilda af kraftiga bindväfsstråk. Acini i allmänhet regelbundna, men alltid försedda med ovanligt trånga lumina; i vänstra kanten äro körtlarna kolfformade. Cellfattig bindväf.

Bild IV. B.

Samma preparat, starkare förstoring.

Tätt liggande, regelbundna acini med trånga eller nästan oblitererade lumina. De höga cylindercellerna äro fullständigt bibehållna samt ega regelbundna former. Cellkärnarna äfvenledes normala och bildande en kantzon mot basalmembranen. Frånsedt ett kraftigare stråk, å bildens nedre högra kant, är bindväfven ovanligt sparsamt förekommande. Utanför detta ses kolfformade körtelpartier.

Bild V. A.

Horisontalsnitt nedanför lobus medius från fallet n:r IV.

Kolf- eller strängformigt i bindväfsmaskorna tätt inlagrad körtelsubstans, i hvilken endast undantagsvis ses lumina. Fibrillär, cellfattig bindväf, ordnad i parallela stråk kring körtlarna.

Bild V. B.

Samma preparat; starkare förstoring.

Kolfformade eller strängformade adenomatösa proliferationer af fläckvis nästan atypisk karakter och mindre regelbundet formade celler.

Bild VI. A.

Tvärsnitt af vas deferens dext. mellan operationsstället och testis från fallet n:r IV.

Atrofi och bindväfsinduration i muskulaturen. Slemhinnan oveckad, för öfrigt utan påvisbara förändringar. Lumen mäter 0,65 mm. i diameter. Kanalens innehåll saknar spermatozoer.

Bild VI. B.

Rete testis sin. från samma patient.

Förutom en abnormt höggradig utspänning af vissa körtelrör ses intet abnormt. Talrika väl utbildade hufvud af spermatozoer ses i sekretet.

Bild VII. A.

Snitt genom högra testis från fallet n:r IV.

Tubuli seminiferi smala, med mycket förträngda lumina. Den patologiska processen är öfveralt likformigt utvecklad.

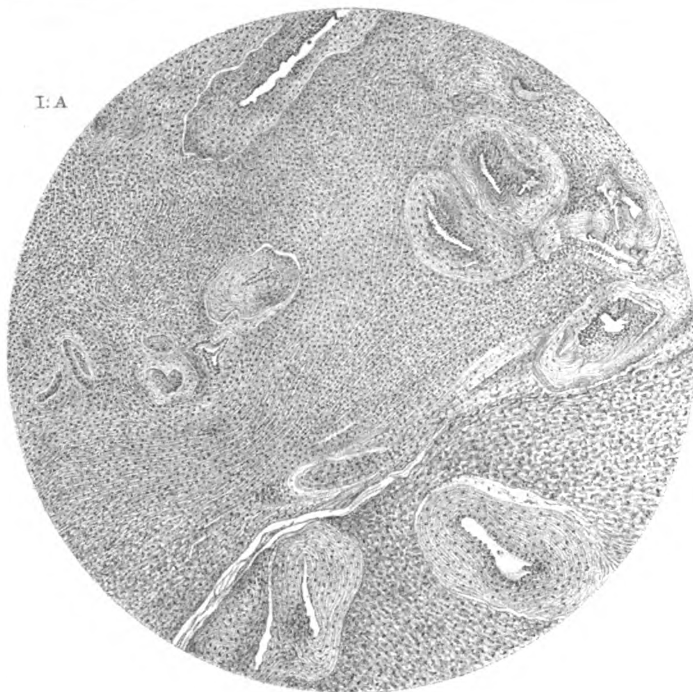
Bild VII. B.

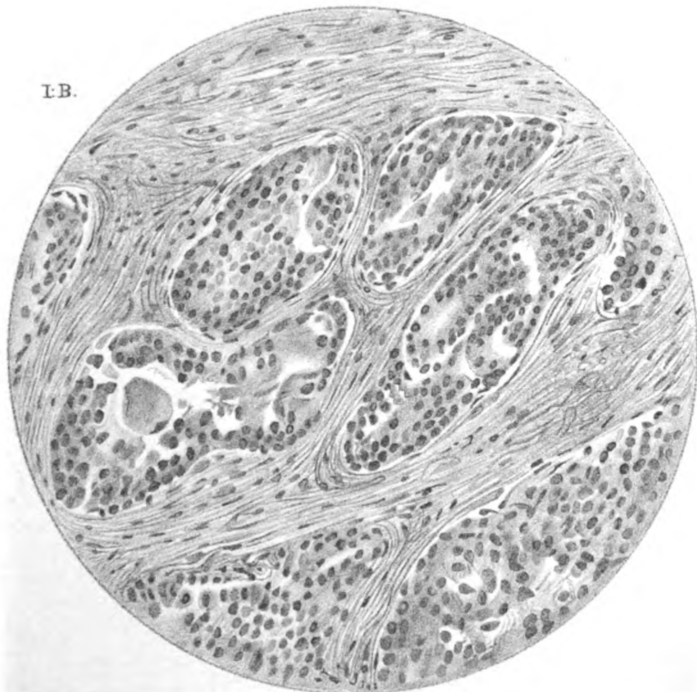
Snitt genom vänstra testis från samma patient.

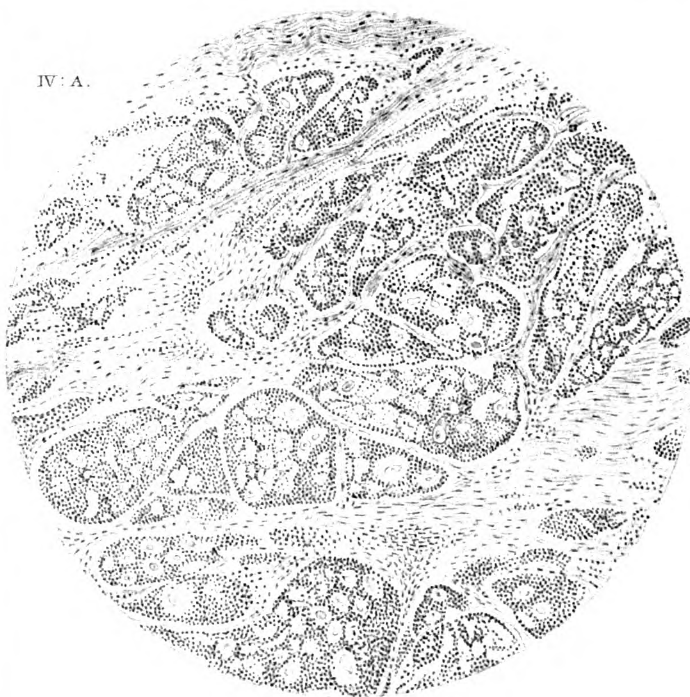
Tubuli seminiferi med helt trånga lumina, nästan fylda af radiärt anordnade mycket höga cylinderceller med basalt liggande kärnar. Ett mindre regelbundet inre lager af runda, med stora kärnar försedda celler. Spermatogenes ingenstädes påvisbar.

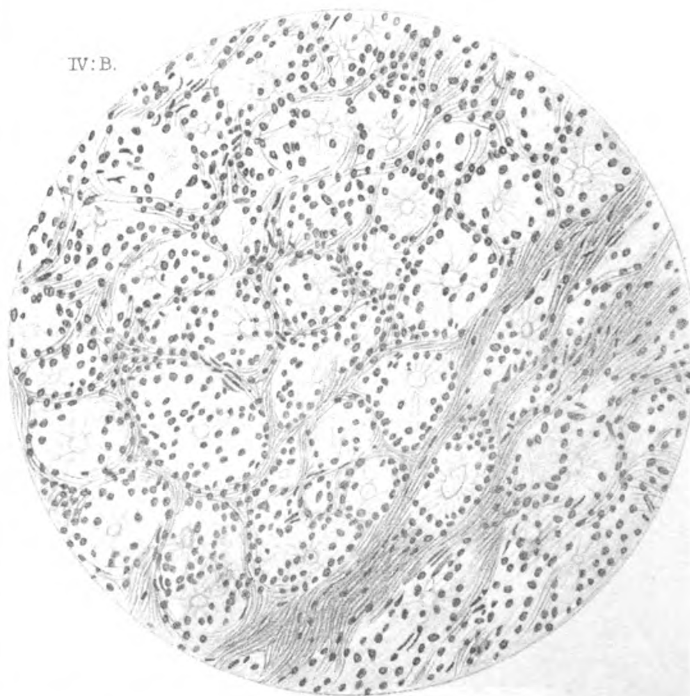


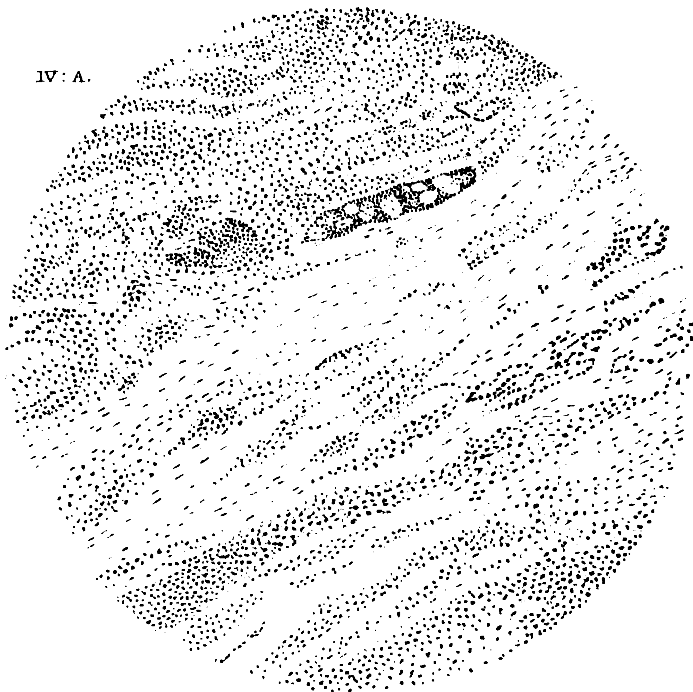
Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.

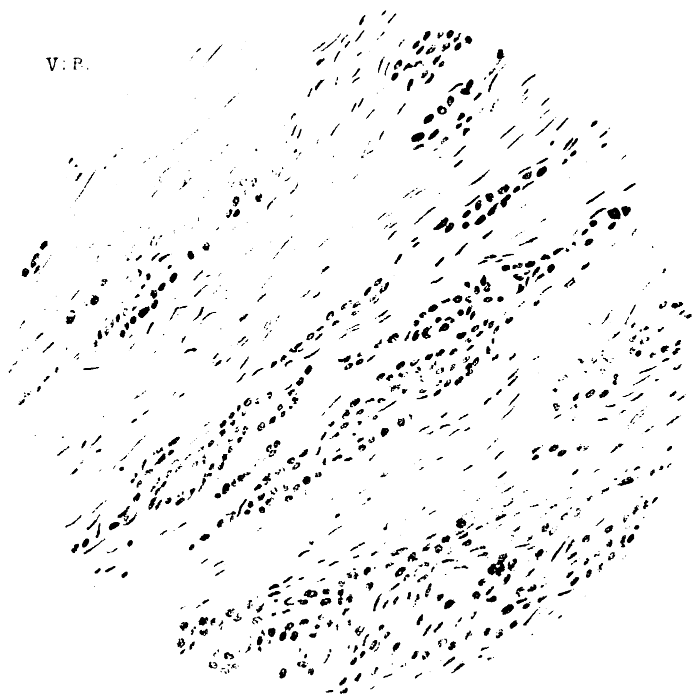

I: A


I: B.

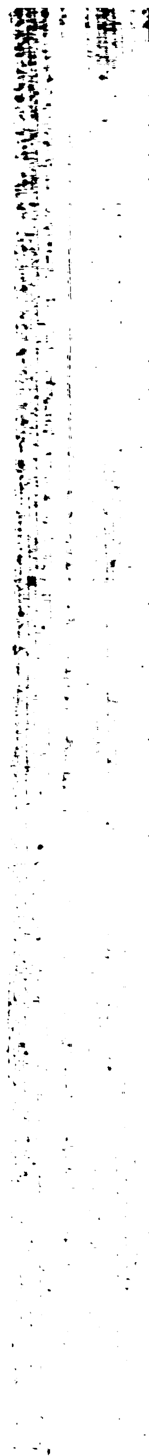

IV: A.


IV: B.





W. Schlachter. Stockholm.



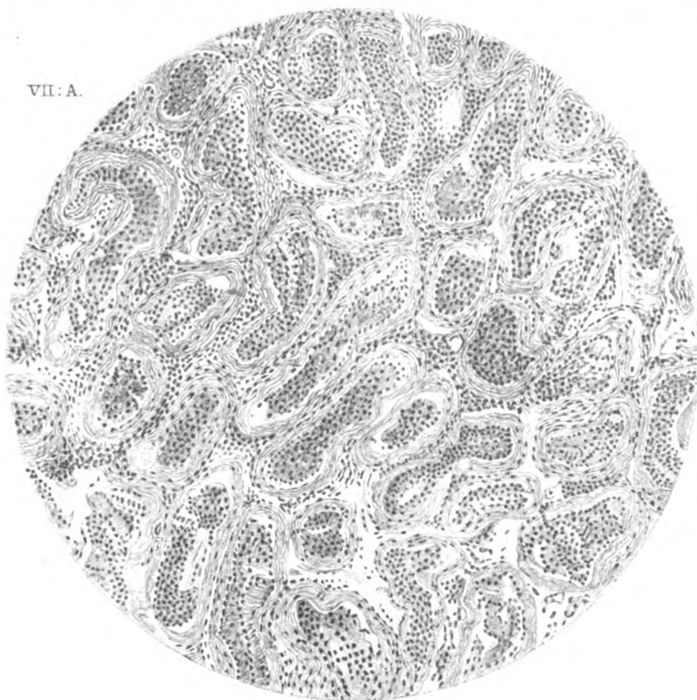
VI: A.

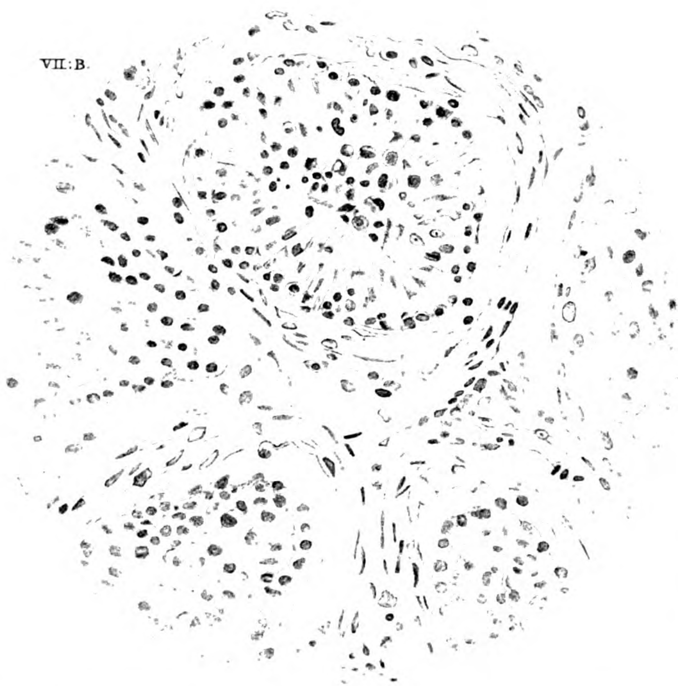


VI: B.



G. Tholan[illegible]


VII: A.


VII: B.

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1897. N:r 25.

Om Resektion af Nyreväv i diagnostisk Öjemed.

Et Bidrag til Konservatisme i Nyrekirurgi.

Af

OSCAR BLOCH.

(Kgl. Frederiks Hospital. Köbenhavn.)

Enhver Kirurg, der jävnligt har udfört Operationer på Nyrer, ved, at, hvad han finder ved Operationen, särdeles ofte ser helt anderledes ud, end han havde forestillet sig. Trods alle de Arbejder, der ere foretagne for at hjälpe til en exakt Diagnose af Nyrelidelser, står man endnu ofte rådvild. Man har en så udförlig og nöjagtig Anamnese, som man kan önske det; man har en gennem längere Tid fortsat, grundigt udfört Analyse af Urinen i kemisk og bakteriologisk Henseende; man har ved Kystoskopi, måske også Kateterisation af Uretererne, sögt närmere at danne sig Begreb om den tilstedevärende »Nyresvulsts» Natur, — og dog strander man og stiller en fejl Diagnose. Dette ligger i, at hvert enkelt af de Symptomer, der siges at väre karakteristiske for en bestemt Sygdom i en Nyre, kan mangle — eller kan findes ved en helt anden Sygdom; således går det med Blödninger, Udsondring af Krystaller og Celler. På den anden Side ser man heller ikke Sikkerhed for Diagnosen ved at samle alle Symptomer og betragte dem i Fällesskab; ti man kan f. Ex. have alle Symptomer på en Nyresten, — og dog drejer det sig om et Neoplasme. Dette kan jo ikke undre den, der ser på Sygdommen ud fra et mere almindelig-patologisk Standpunkt; ham forekommer det endog helt naturligt, at der ikke findes noget for en enkelt Nyresygdom patognomonisk Symptom.

Skulde vi i Korthed angive de Symptomer, vi mest kunne stole på for at diagnosticere, at en Nyrelidelse overhovedet existerer, da er det Påvisningen, helst gentagne Gange, af *Nyrecylindre*, — ti sådanne *kunne* jo ikke stamme fra andre Organer end Nyrerne, ere forholdsvis lette at kende og forekomme jo dog kun yderst själdent hos sunde Individer, — samt Påvisningen af, at *vesica er sund*, hvortil jo Kystoskopien stundom kan hjälpe. Det er, som bekendt, nemlig ingenlunde själdent, at Nyrelidelser, der efter deres Väsen dog må henregnes til de for kirurgisk Behandling tilgängelige, slet ikke präsentere sig som »Nyresvulst», dette Navn taget som Betegnelse for en forstörret Nyre, hvad enten Forstörrelsen skyldes en Hydronefrose, Tuberkulose, Neoplasme eller hvilket som helst andet.

Kan man påvise en »Nyresvulst», letter det jo Diagnosen meget; men de Symptomer, der siges at väre patognomiske for Nyresvulster, ere det ingenlunde altid.

Man fordrer gärne af en Nyresvulst, at den kan påvises ved Hjälp af det »renale ballotement», at man kan påvise, at colon ligger foran Svulsten, at denne har afrundede Former, ikke prominerer bagtil i Lumbalregionen og ikke fölger Respirationens Bevägelser.

Intet af disse Symptomer sikrer Diagnosen; de bedste af Symptomerne, ballotement og Tarmtonen foran Svulsten, kunne også bedrage. Jeg har i forskellige Afhandlinger[1]) om disse Ämner illustreret dette ved Sygehistorier og har i de samme Afhandlinger, af hvilke *den förste omtaler en Patient, der blev opereret i Oktober 1890*, närmere gjort Rede for, hvor nödvendigt det ofte er at udföre Operationer i diagnostisk Öjemed.

Disse Operationer, der alle ere illustrerede ved Exempler og i de meddelte Tilfälde have vist vist sig uden Fare, kunne alt efter deres »Grad» ordnes i fölgende Räkke: 1) Punktur, med eller uden Aspiration, udfört gennem Huden. 2) Incision, som har til Hensigt at bane sig Vej til Nyren for at a) palpere den; b) träkke den frem og se på den samt palpere nöjere, särligt pelvis renalis; c) punktere den (med eller uden

---

[1]) OSCAR BLOCH: Om kirurgisk Indgreb på Nyren i diagnostisk Öjemed, särligt om et Tilfälde af Resektion af Nyreväv. Hospitals-Tidende 1891, Nr 13. — Yderligere Erfaringer om kirurgisk Indgreb på Nyren i diagnostisk Öjemed. »Falsk Ballotement». Nyt Tilfälde af Resektion af Nyreväv. Hospitals-Tidende 1894, Nr 29.

Aspiration) for at föle efter calculi eller vinde Klarhed om Tilstedevärelse af Vädske eller blödt Indhold og vinde sådant til mikroskopisk og bakteriologisk Undersögelse; d) göre Nefrotomi, i större eller mindre Udsträkning, for at se selve Nyrevävets Udseende og for at bane en Vej, gennem hvilken en Finger kan tränge ind i pelvis renalis og föle efter calculi eller andet; denne Nefrotomi göres altid i Nyrens konvexe Rand, som »Sektionssnit»; e) excidere et Stykke Nyreväv, der strax overföres i sterilt Glas, tört eller med sterilt Saltvand eller Alkohol, for at kunne underkastes en bakteriologisk og mikroskopisk Undersögelse, — altså en Resektion i diagnostisk Öjemed.

Det er dette sidste Led i Räkken af de diagnostiske Operationer, som skal väre denne Afhandlings specielle Ämne.

Til alle disse Operationer, der foretages gennem Incision, välges det lumbale, skrå Snit, fordi det er extraperitonäalt, altså mindre farligt end det transperitonäale; til det skrå Snit må ofte föjes et vertikalt Hjälpesnit, — jeg har i Regelen benyttet de af MORRIS angivne Snit.

Hvad der mest har overrasket mig ved alle disse Operationer, er deres relative Farelöshed; det er påfaldende, hvor meget man kan byde en Nyre, både sund og syg, og dog få Heling af de anlagte Sår! Det er Kendskabet til disse Forhold, der har drevet mig til at väre dristigere til at göre Resektioner i diagnostisk Öjemed, end jeg forhen var.

Som alt nävnt, véd enhver Kirurg, der har beskäftiget sig mere indgående med Nyrekirurgi, hvor vanskelige Diagnoserne ere; den, som ofte har gjort Operationer i diagnostisk Öjemed, véd tillige, at det er meget svärt at se på en Nyre, hvad den fejler; dens Farve, dens Glans eller Mathed, dens Tegning i selve det blodige Nyreväv, alt kan forekomme en så vanskeligt at tyde, at man ligefrem drives til at göre Excision af et Stykke af Vävet for ved Mikroskopets Hjälp at komme til närmere Klarhed og derved få Hjälp til Afgörelse af Spörgsmålet, om man skal operere yderligere på Patienten, f. Ex. göre sekundär Nefrektomi.

Her skal nu göres et Forsög på at fremstille, hvad der formentligt kan vindes ved

Resektion af Nyreväv i diagnostisk Öjemed,

hvilket dens Forlöb kan påregnes at väre, og ved hvilke Tilstande [1]) en sådan Operation kan väre indiceret.

Jeg tror at plädere bedst for Sagen ved först i kort Resumé at gengive Sygehistorierne (der i udförlig Form findes i Tillägget) og derpå at samle dem under mere almene Synspunkter.

I. *Diagnose för Operationen* vexler imellem calculus, pyelitis l. gr. og ren mobilis. I anden Räkke Neoplasme; i tredje Räkke: der er ingen Nyrelidelse.

Diagnose umiddelbart efter Operationen: Begyndende Neoplasme.

Diagnose efter Mikroskopi af det exciderede Stykke Nyreväv: Nephritis l. gr. med Mikrober.

Vilhelmine M., 33 År gl., har i 1½ År haft Symptomer, der klinisk ligne »Nyrekolik», men tillige har hun haft en hel Härskare af andre Symptomer, som hyppig Trang til Urinering, Menstruationsbesvär, gastriske Tilfälde, Hovedpine, Hjärtebanken, Dyspnö, Hoste med gulligt Expektorat, Nattesved, Afmagring.

Man kan påvise en noget forstörret og öm höjre Nyre. Urinen fremböd, trods mange Undersögelser, intet abnormt. *Diagnosen vaklede imellem calculus renalis, hydronephrosis med let pyelitis og ren mobilis; först i 2den Räkke tänkes på Neoplasme, i 3dje Räkke på, at det slet ikke drejer sig om en syg Nyre. Med andre Ord,* man har ingen Diagnose, men finder en Explorationsoperation indiceret, fordi hun er arbejdsudygtig.

Dagen för denne undersöges Urinen igen; den viser sig fremdeles normal; dog giver Podning i Agar-Gelatine en Kultur af staphylococcus pyogenes aureus.

Ved *Operationen* d. 19 Oktober 1890 kan man kun vanskeligt träkke Nyren frem af Såret, skönt den ikke er bunden ved Adhärencer; det lykkes dog nogenlunde, og man kan da *se*, at den er forstörret, navnlig i Längderetning, dens fibröse Kapsel viser hist og her små Ekkymoser, på flere Steder let frembuklede, blåligt gennemskinnende Partier. Dens *Konsistens* er snarere blödere end normalt; man kan ikke föle nogen calculus, skönt dens hilus kan palperes tydeligt. Nu göres *explorativ Punktur* på 5 forskellige Steder med en Nål, der

[1]) Det bör bemärkes, at Beskrivelsen af Operationen, og hvad der er set under dennes Forlöb, er dikteret, medens den udförtes, hvorved Fremstillingen jo vinder meget i Pålidelighed.

De mikroskopiske Undersögelser ere foretagne på Hospitalets kliniske Laboratorium af den kliniske Assistent og, som det fremgår af Texten, senere verificerede af forskellige, på hvis Dom jeg stoler.

föres så dybt, som man mener at kunne göre det uden at tränge helt igennem Nyren; ingensteds föles herved noget abnormt. Der göres derpå *Incision*, 6 Cm. lang, $1\frac{1}{2}$ til 2 Cm. dyb, på Nyrens konvexe Side; man ser, at Nyrevävet er af rödliggrå Farve, lidt uigennemsigtigt; da jeg endnu ikke er sikker på, om der dog ikke findes en begyndende Nydannelse i dette Väv, foretages *Resektion* af et Stykke af Kortikalsubstansen. Såret i Nyren forenes med 7 Karbolalkoholkatgutsuturer. — Diagnosen af mobil Nyre kan bestemt udelukkes.

Såret helede per primam uden Nyrefistel og uden Pusafsondring fra Sårhulheden.

Det fjärnede Stykke Nyreväv viste ikke Tegn på Neoplasme, og hermed var Tanken om fornyet Operation (sekundär Nefrektomi) opgiven; der fandtes ikke Tegn på nogen svärere Form af nephritis, derimod på et enkelt Sted Koagulationsnekrose med nogle få Mikrober [en Mellemting imellem cocci og Baciller (GRAMs Metode undersögt af GRAM selv)]; i andre Snit fandtes enkelte Cylindre i Urinkanalerne. *Diagnosen:* let nephritis med Mikrober.

Hr. Prosektor DAHL, der i April 1897 har undersögt flere i altså omtr. 7 År opbevarede Balsampräparater, har i disse fundet talrige staphylococci, så vel i tubuli som i capsula Bowmanni; Epitelets Tilstand kan ikke längere bedömmes, da det er fuldständigt opklaret i Balsam.

Hun blev udskreven som helbredet $^{19}/_{12}$ 1890.

5 År senere ($^{24}/_{9}$ 95) besöger hun mig. Hun er fuldständig rask, »er bleven et andet Menneske». Cikatricen er smuk, uden Adhärence i Dybden; den har holdt sig lukket siden Udskrivelsen.

II. *Diagnose för Operationen:* Af Läge udenfor Hospitalet: EMMETs Ruptur og retroflexio uteri. På Hospitalet: Nyrelidelse? Ingen Diagnose.

Diagnose umiddelbart efter Operationen: Perinephritis chronica i Form af Adhärencer. I övrigt fremdeles usikker.

Diagnosen efter mikroskopisk Undersögelse af det exciderede Stykke Nyreväv: Nephritis vera et interstitialis.

Emmily F., 35 År, har i 8 År haft Anfald af Smerter i höjre »Renalegn», i Begyndelsen med 1 Måneds Mellemrum, men nu et Par Gange om Ugen; de vare flere Dage, forhindre i at arbejde i sit Hus. Behandlet for 3 År siden med EMMETs Operation og pessarium for retroflexio uteri. Hun indlägges $^{12}/_{11}$ 1895.

Hun er *feberfri;* der *kan ikke påvises nogen Nyresvulst. Urinen er normal*, indeholder kun en Del Pladeepitelceller. Hun fordrer Explorationsoperation, skönt man har fremstillet dennes Farer for hende.

$^{20}/_{11}$ 1895 *Operation.* Det er besvärligt at träkke Nyren frem, fordi der er Adhärencer til Fedtkapslen, der på sine Steder, särligt opad, ere helt vanskelige at lösne. Nyren er langagtig; man kan ikke bidigitalt föle nogen calculus. Overfladen blålig, på et enkelt Sted mere blå; her *punkteres* og *aspireres*, men uden Resultat; *den fibröse Kapsel spaltes* i 4 Cm:s Udsträkning og lägges til Siderne; den synes

at kunne lösnes på normal Måde; selve Nyrens Overflade er glat, skinnende; *et Stykke Nyreväv excideres* til mikroskopisk Undersögelse; da det ses på et enkelt Parti at väre gråligt gennemskinnende, bestemmer man sig til at forlänge Snittet; ved en 6 Cm. lang *Nefrotomi* åbnes hilus, men der kommer ingen Vädske ud. En Finger indföres i pelvis og calyces; der synes at väre nogen Dilatation, men man föler ingen calculus og Väggene ere glatte. Man kan ikke stille nogen Diagnose og nöjes derfor med, hvad der er gjort. Nyresåret sutureres med Karbolalkoholkatgutsuturer, dog kan den fibröse Kapsel ikke forenes nöje over det Sted, hvor Resektionen er gjort.

Den $^{20}/_{12}$ udskreves hun efter Önske. Såret er lägt, og hun befinder sig vel, når undtages nogle Smerter i venstre (den ikke opererede Sides) Underextremitet (hvorom Oplysning längere nede). Urinen indeholder talrige kornede hvide Blodlegemer, Pladeepitelceller, enkelte Epitelcylindre, talrige Baciller i Käder.

Det fjärnede Stykke Nyreväv viste ikke Mikrober og gav heller ikke Växt af sådanne i Agar-Gelatine. Efter Hr. Prosektor BORCHs Verifikation er Diagnosen nephritis, så vel interstitiel som vera; der var ved Operationen, som nävnt, tillige perinephritis af gammel dato. Et Präparat, undersögt af Hr. Prosektor DAHL i April 1897, og som altså har ligget i Balsam omtr. 1⅜ År, kan ikke undersöges for Protoplasmets Vedkommende; der fandtes ikke Mikrober.

16 Februar 1896 meddeler hendes Läge, at hun er i alle Henseender rask. Men det er värd at bemärke, at hun omtr. 7 Uger efter Udskrivningen fik Anfald, der tydedes som Renalkolik, men i venstre (den *ikke* opererede) Side; disse Anfald varede i nogle Dage, og da de vare svundne, vare alle Forandringerne af Urinen (smlgn. ovenf. ved Udskrivningen) borte. Jeg så hende selv 17 Maj 1896 og konstaterede, at Cikatricen var fast og god.

Der er Grund til at tro, at Urinabnormiteterne efter Operationen skyldes den ikke opererede Nyre (se herom den udförlige Journal), den, man ikke anede var syg.

26 Januar 1897, d. e. 1 År efter Udskrivningen, meddeler hendes Läge, at »hun er glad og fornöjet, passer sit Hus; kan spasere uden nogensinde at märke de Smerter i abdomen, som tidligere gjorde hende til Invalid og tvang hende til at söge Sängen».

III. *Diagnose för Operationen:* En Läge har diagnosticeret calculi renales et vesicales. På Hospitalet tänkes på Tuberkulose; men da der ikke findes Tuberkelbaciller, opgives denne Diagnose, og der formodes calculus renalis.

Diagnose umiddelbart efter Operationen: Perinephritis chronica med enormt stärke Adhärencer; pyelonephritis suppurans tuberculosa.

Diagnose efter Mikroskopi af det exciderede Stykke Nyreväv og Undersögelse af Pusset: Nephritis chronica med begyndende Atrofi. Tuberkelbaciller i Pusset.

Peter J., 53 År, fik for omtr. 6 År siden »typisk venstresidig Nyrekolik» uden albumen, Blod eller Grus i Urinen; han lå til Sängs

i 15 Uger. For knap 1 År siden Smerter i glans penis efter Urineringen, der blev hyppig; der var nu 1 $^0/_{00}$ albumen. I Januar 1895 indlagdes han på et Hospital under Diagnosen calculi renales et vesicales; men Lägen på Hospitalet fandt ingen calculus i vesica. Efter Udskrivningen var der en Del Blod i Urinen, som det synes, efter Undersögelsen.

Indl. $^{13}/_{9}$ 1895. Der er ingen »Nyresvulst»; överste höjre Hjörne af prostata er noget hårdt; vesiculæ seminales frembyde intet abnormt. Ingen Sten i vesica, der kun modtager lidt Injektionsvand. Urinen er sur, plumret, indeholder talrige röde og hvide Blodlegemer, runde Epitelceller; utvivlsomme kornede Cylindre. Kultur gav grålig Sömväxt af cocci og Coccobaciller. Tuberkelbaciller kunne ikke påvises.

Han var meget lidende, mest af Smerter i perinæum ved den hyppige Urinering; syntes på Vej til at blive sindssyg; man fandt daglig Cylindre. Man tänker närmest på calculus renalis, mener at kunne udelukke Tuberkulose, da man trods mange Undersögelser ikke har kunnet påvise Tuberkelbaciller.

Operation $^{7}/_{10}$ 1895. Da Nyren ligger dybt og höjt oppe og man ikke kan tage den frem med Fingrene, gribes den med en Musenx's Tang väsentligst i Kapseldele; den går itu, og der udtömmes guliggrå, grynet Pusmasse; Nyren er herved lösnet fra Indsiden af den fibröse Kapsel; den er af normal Störrelse, blåröd, glat på Overfladen, men er ikke til at träkke frem; Adhärencerne imellem Omgivelserne og Kapselen ere meget faste. Konkrementer kunne ikke föles. Ved *3 Punkturer med Nål* föles ingen calculus. Ved *Aspiration fra hilus* lidt plumret Vädske; man kan ikke få Nyren så meget frem, at man kan göre Nefrotomi; ved Hjälp af store Sårhager vinder man dog så megen Plads, at man i Dybden kan udskäre en Tärning af Nyrevävet, derpå et mere kileformet Stykke, der når dybere ind i corticalis. Blödningen ved alle Indgrebene har i det hele väret middelmådig.

$^{2}/_{1}$ 1896 synes Såret lägt på när et hampefröstort, granulerende Parti; der er ingen Retention eller Ömhed. Men man kan ikke blive klog på, om hans Smerter ere väsentligt formindskede.

I *Pusset fra Nyren* fandtes *Tuberkelbaciller*, ikke andre Mikrober.

De ved Resektion fjärnede Stykker Nyreväv vare af blåligröd Farve, som grynede (ikke ulig miliäre Gryn) på Overfladen, men kun sparsomt i Dybden. I Vävet findes ikke Tuberkelbaciller, ej heller sikre Kämpeceller, men rigelig Rundcelleinfiltration og organiseret Bindeväv imellem de sparsomme Urinkanaler, der flere Steder ses sprängte fra hinanden ved Rundcelleophobninger. Epitelet synes ikke särligt lidende. *Nephritis subchronica interstitialis, tuberculosa?* Et Präparat, undersögt af Hr. Prosektor DAHL i April 1897, altså omtrent 1½ År gammelt, viser talrige Spol- og Rundceller imellem tubuli, talrige hyaline Cylindre, samt hyaline glomeruli med fortykkede Kapsler. Der er endarteritis, men der kan ikke findes Tuberkler. Diagnosen er *nephritis chronica med begyndende Atrofi.*

$^{26}/_{1}$ 1897, d. e. 1 År efter Udskrivelsen, meddeles mig: Såret holder sig lägt for en Tid, men bryder da op igen, udtömmer Blod,

pus og Urin for da atter at falde til Ro. Han har altid mere eller mindre stärke Smerter ved Urineringen, stärkest, når Såret har åbnet sig (!); de have da mest Säde i penis. Han kvitterer Urinen omtrent hver halve til hele Time, så vel Dag som Nat. Urinen er altid tyk, plumret, med stärkt Bundfald af pus, og lugter oftest ilde; der har dog väret Tider, hvor den var klar; Mängden 2½ til 3 Potter i Dögnet. Trods alt dette er hans Almentilstand dog god nok, til at han kan färdes ude og arbejde.

IV. *Diagnose för Operationen:* Af Läge udenfor Hospitalet: Hæmatocele i lig. latum eller appendicitis. På Hospitalet: Opiumsparese af colon ascendens med pus; retrocoekal Absces eller Pyonefrose.

Diagnose umiddelbart efter Operationen: Fremdeles usikker.

Diagnose efter mikroskopisk Undersögelse af det exciderede Stykke af Svulstsäkkens Väg og af Pusset: Enorm mobil Pyonefrose med Mikrober, först at kende ved Mikroskopi af Säkkens Väg, der viser nephritis chronica interstitialis, måske med små Abscesser i Väggen.

Botilde Marie B., 48 År gl., blev syg for 3 Måneder siden med akute febrilia, og i de fölgende 3 til 4 Dage udviklede sig en Svulst i höjre Side af abdomen, der bestemt siges för den Tid at have väret normal. En Läge ordinerede opium, hvormed fortsattes i 3 til 4 Uger; i Begyndelsen 6 Gange 10 Dråber, senere op til 100, en enkelt Dag endog 120 Dråber vinum Thebaicum på én Dag. Hun lå i 10 Uger; måtte kateteriseres flere Gange; senere mener hun, at alt med Hensyn til Urineringen var normalt. Almentilstanden bedredes; men Svulsten holdt sig uforandret.

$^{10}/_{12}$ 1895: God Almentilstand. En fluktuerende, nästen undulerende Svulst i höjre Side af abdomen, med mat Perkussion, opad gående over i Levermatheden, uden Tarmtone på Forfladen, fölelig ved Ballottementspröven, hvälvende Lumbalregionen frem; dens indvendige Rand når ind over Midtlinjen, dens nederste Del ligger i Bäkkenet, utilgängelig for Palpation, kun föles den at hvälve höjre Vaginalväg frem. Svulsten er så mobil, at den kan skydes over i venstre Side af abdomen. *Urinen* er normal.

Man tänker på Anevrisme, der dog sikkert kan udelukkes. Neoplasme, som Sarkom med Kyster og Blödning, udgående fra ossa pelvis, kan også udelukkes. Man mener at kunne udelukke Ovariesvulst og stor Galdeblære og er mest tilböjelig til at diagnosticere Parese af colon ascendens med stärk Udspiling (Opiumsparese). Ved *Punktur med Aspiration* $^{14}/_{12}$ midt imellem umbilicus og spina ilei ant. sup. udtömmes en fäkulent lugtende Väske, der ligner Ärtepuré; den indeholdt Baciller, men Mikroskopet gav ikke nogen Oplysning af diagnostisk Värdi. Svulsten er snart igen af samme Störrelse som för Punkturen. Först d. $^{30}/_{12}$ falder Tanken på, at den kunde väre en Pyonefrose af usädvanlig Störrelse; man havde ikke undersögt Urinen mere end den ene Gang ved Indläggelsen, fordi den den Gang var normal. Man henvender nu sin Opmärksomhed på Urinen; den indeholder albu-

men, men ikke Blod, talrige Baciller, der give grålig Sömväxt, talrige store kornede Pusceller, ingen Cylindre. Diagnosen vakler alligevel imellem retrocoekal Absces, Parese af colon med Pusansamling og Pyonefrose.

3/1 1896 *Operation.* Säkken lägges blot, *punkteres og aspireres;* da der kommer Vädske, *dilateres med en Finger;* denne föler en stor, glatvägget Hulhed; der udtömmes en stor Mängde pus (omtr. 1400 Kcm. opsamles). Säkkens Väg er ret tyk, består som af flere Lag; *et Stykke excideres.*

Pusset er uden fäkal Lugt, reagerer surt, stivner ikke ved Kogning, kan ikke filtreres til Brug ved HELLERs Pröve, giver stärk Blodreaktion; viser tvivlsomme cocci; ingen Tuberkelbaciller.

5/1 er Kateterurinen klar og normal.

3/4 udskrives hun efter eget Önske i god Almentilstand med et 9 Cm. langt Drän i den resterende Del af Såret. På höjre Nyres Plads findes en Intumescens, der ligner en noget formindsket, descenderet Nyre; ingen Ömhed.

Det fjärnede Stykke af Säkkens Väg viste spredt i det rigelige, organiserede Bindevävsstroma en Del med kubisk Epitel beklädte lumina af Störrelse som mellemstore Samlerör i Nyren; glomeruli fandtes ikke; — men dette Fund var nok til at stille Diagnosen Pyonefrose og lede Efterbehandlingen i Overenstemmelse dermed. Et Snit, undersögt af Hr. Prosektor DAHL i April 1897, altså over 1 År gammelt, viste rigeligt interstitielt Bindeväv; på flere begränsede Steder er Vävet infiltreret med Rundceller, navnlig omkring Karrene; små Abscesser?

14 Måneder efter Operationen meddeles det, at Såret har väret lägt i de sidste 11 Måneder, og at hun i alle Henseender har det godt.

V. *Diagnose för Operationen:* Pyonephrosis af gammel dato. Man tror at föle »Nyresvulst»; men det senere Forlöb viser, at en Miltkyste har imponeret som »Nyresvulst».

Diagnose umiddelbart efter Operationen: Nephritis chronica.

Diagnose efter Mikroskopi af det exciderede Stykke Nyreväv: Normal Nyre.

Mathilde H., 31 År gl., har siden sidste partus for omtr. ½ År siden haft en Del Smerter i venstre Side af abdomen og har selv fölt en Svulst på det smertende Sted. Man konstaterer med Lethed en 20 Cm. lang, 15 Cm. bred Svulst, der har de for »Nyresvulst» karakteristisk kliniske Symptomer. Urinen indeholdt röde Blodlegemer (men der var en lille Polyp i urethra), Epitelceller (der dog muligt stammede fra vesica), nogle cocci (der dog muligt skyldtes en tidligere Kateterisation), — i övrigt var den normal; särligt noteres, at man ikke kunde påvise Cylindre. Man havde altså intet Holdepunkt for Diagnosen af »Nyresvulstens» Karakter, men tror närmest at stå overfor en Pyonefrose.

Den 19/6 1893 gör man *Punktur med Aspiration gennem Huden i Lumbalregionen.* Det lufttomme Rum i Dieulafoys Apparat fyldes strax med en grönlig, uklar Vädske, der strax overföres i sterilt Glas.

Denne Vädske er alkalisk, särdeles rig på albumen, indeholder röde Blodlegemer, fedtdegenererede Pusceller, store, rundagtige Epitelceller, ligeledes fedtdegenererede, talrige Kolestearinkrystaller. Skönt der ved klinisk Undersögelse ikke kan påvises Urinsyre eller Urinstof, tror man dog, at der foreligger en Blanding af pus og Urin i en på Nyrevävets Bekostning udviklet Säk; Puset antages for gammelt, eventuelt med calculus, der delvis obturerer Mundingen af ureter; man er yderligere forsikret om Diagnosen Nyresvulst, fordi der er Tarmtone foran hele Svulsten. Man gör *Explorationsoperation.*

Den $^{23}/_{6}$. Man *ser* en lang, med enkelte blåligröde Bukler forsynet, men i övrigt tilsyneladende normal Nyre. Der er ingen Adhärencer, Nyren kan let träkkes helt frem udenfor Hudsåret. Ved *Punktur med Nål* föles intet abnormt; ved *Aspiration* kommer der lidt blodig Vädske, hvori nogle Tjavser. Der göres *Nefrotomi* i hele Nyrens Längde og så dybt, at Fingeren kan komme ind i Nyrens pelvis; der föles ingen calculus. Nyrens Snitflade *ses* som af en forvisket Tegning, og corticalis har en gullig Farve; dette Billede bestyrker Opfattelsen af en kronisk Nyrebetändelse, idet man mener ved den tidligere Punktur at have udtömt al Vädske fra Nyrens pelvis. For at sikre sig Diagnosen *reseceres* et Stykke af Nyrevävet. — Nyresåret tamponeres med Jodoformgaze; der anlägges altså ikke Suturer i dette.

Såret helede per primam uden Fisteldannelse. Hendes Almentilstand var god, og man kunde ikke påvise nogen »Nyresvulst», da hun blev udskreven den $^{8}/_{12}$ 1893.

Det fjärnede Stykke Nyreväv viste sig *normalt.*

Under disse Forhold og med Erindringen om, at den fjärnede Vädske ikke indeholdt Urinsyre eller Urinstof, måtte man opgive Diagnosen Nyrelidelse. Jeg erklärede mig renonce på Diagnose. Men allerede 6 Uger efter Udskrivelsen kunde jeg atter föle en Intumescens i samme Region som tidligere; denne tog til, hun fik atter häftige Smerter, og 6 November blev hun atter indlagt; hun er gravid og man frygter, at den stärkt voxende Svulst skal komplicere Graviditetens Forlöb, eventuelt Födslen. Svulsten når nu fra Midtlinjen helt ud til Axillärlinjen, fra Kurvaturen til et Par Fingersbredder over crista ilei; der er Fluktuation og dämpet Perkussion, der opad taber sig i Hjärte- og Levermathed. Svulstens Overflade er glat, dens nederste Rand fast, smuttende under Fingrene, så at man tänker på Randen af Milten; der föles ingen Indkärvninger. Ballottement er lige så tydeligt som sidst. Ingen Feber. *Urinen normal, uden Mikrober.*

Den $^{4}/_{2}$ 1894 göres *Laparotomi.* Det viser sig at väre en *Kyste i Milten;* denne Säks Vägge syedes til Hudsåret, og Hulheden tamponeredes med Jodoformgaze, senere anvendtes Drän.

Hun gennemgik sin Graviditet på normal Måde, Födslen forlöb ligeledes normalt, og Såret helede.

Den $^{14}/_{6}$ 94 har hun det godt.

Hendes Läge meddeler $^{14}/_{3}$ 1897, d. e. *henved 4 År efter Nyreresektionen*, at Cikatricen i Lumbalegnen har holdt sig lägt, at hun ikke har Smerter ved Urineringen; Urinen kvitteres 4 til 5 Gange om

Dagen, ikke om Natten, i en Mängde af omtr. 1000 Kcm.; den er klar og uden Lugt.

Laparotomisårets Cikatrice er også tilfredsstillende, uden Herniedannelse; af og til har hun umotiverede, pludseligt opträdende Smerter i dets Närhed; Lägen mener, at de skyldes Adhärencedannelse og begrunder sin Mening ved, at der efter partus for 1½ År siden opstod truende Ileustilfälde, ved hvilke Hindringen for Passagen tydeligt sås at ligge i Närheden af Laparotomicikatricen. Ved Hjälp af Ventrikeludskylning hävedes Tilfäldene.

VI. *Diagnose för Operationen:* Ren mobilis; måske calculus.

Diagnose umiddelbart efter Operationen: Ren mobilis; perinephritis chronica i Form af Adhärencer. I övrigt usikker; der findes et lille Hämatom.

Diagnose efter Mikroskopi af det exciderede Stykke Nyreväv: Glomerulo-nephritis chronica.

Ane T., 41 År, forlöftede sig for 3 År siden, da hun var gravid i 4de Måned, ved at bäre en meget tung Kasse op ad en stejl Bakke; hun aborterede; 2 Måneder senere fik hun atter en profus Metrorragi, som sväkkede hende meget. Hun lå til Sängs 1 År. Hun har siden den Tid haft stärke Smerter, der begynde ved höjre Ribbens Kurvatur, stråle ud i Ryggen og ned imod Symfysen; vare de särligt häftige, kunde de også stråle ud i höjre Arm og Ben; de opträde både Dag og Nat, både når hun er oppe, og når hun ligger til Sängs; hun er aldrig helt fri for Smerter. I de 3 År har hun stundom måttet kvittere Urinen meget hyppigt, i andre Perioder ikke; hun har ikke observeret noget bestemt Forhold imellem Smerterne og Urineringen; Urinen har jävnligt väret plumret.

Den $^{30}/_{8}$ 1896 konstateredes en öm, mobil, ikke forstörret Nyre på höjre Side. Ingen Feber. Urinen normal, fraset Krystaller af oxalsur Kalk, andre Gange af Urinsyre. Hun observeres, og det synes den $^{13}/_{9}$, som om den mobile Nyre er forstörret; da hun vedblivende erklärer at väre arbejdsudygtig, beslutter man sig til Operation under Diagnosen: mobil Nyre, men ikke pyonephrosis, måske dog calculus.

Den $^{15}/_{9}$ 1896 *Operation.* Nyrens Fremträkning fordrer Lösning af Adhärencer; da den er trukken frem udenfor Hudsåret, ser man også faste Bindevävstråde i den fibröse Kapsel, särligt på dens konvexe Side; disse lösnes forholdsvis let; dog kommer der et enkelt Sted Tvärruptur af Kapslen. Nyren er af normal Konsistens, stålblå, gennemskinnende af Farve; på et enkelt Sted ses et prominerende Parti; her incideres; der udtömmes flydende og koaguleret Blod. Man er ikke utilböjelig til at tro, at det er en under Extraktionen af Nyren frembragt subkapsulär Blödning, men kan dog ikke herved forklare, at der findes koaguleret Blod. Man spalter nu hele den fibröse Kapsel langs den konvexe Side og lösner den til bägge Sider. Nyrevävets Overflade er rödblå; i hilus ingen Tegn på Sten; heller ikke, da den indvendige Väg af hilus palperes med en Finger, der föres gennem en 5 Cm. lang Incision gennem Nyrens konvexe Rand; der er heller ikke

pus. Man exciderer 2 Stykker til mikroskopisk Undersögelse. Nyresåret forenes med 6 Suturer af Karbolalkoholkatgut Nr 2. Det lösnede perirenale Väv fattes med en dobbelt Katgut Nr 2, denne föres gennem den fibröse Kapsel, derpå gennem en flere Cm. bred Bro af Nyresubstans, derpå gennem den fibröse Kapsel og endelig ud gennem perirenalt Väv på den modsatte Side; af sådanne Suturer anlägges 2; de knyttes så fast, at Nyren fästes til Såret i Blöddelene.

Den $^{3}/_{10}$ 1896 er Såret helet per primam uden Fisteldannelse. Urinen normal. Det ved Resektion fjärnede Nyreväv viste Tegn på *kronisk glomerulo-nephritis*. Hun udskreves den $^{27}/_{9}$ 1896 i Velbefindende.

Over et halvt År efter Udskrivelsen meddeler hendes Läge, at hun befinder sig vel, passer sit Arbejde, har vundet i Kräfter; Urinen er normal, ligesom Urineringen. Af abnormt synes der kun at findes Smerter i Egnen af nederste costa, når hun löfter Armen eller böjer columna.

Gennemser man de meddelte Tilfälde, der alle angå Patienter, som erklärede sig for arbejdsudygtige, vil man snart få Öjet op for, at det i flere af dem vilde väre umuligt at stille en exakt Diagnose, hvis man ikke havde mikroskopisk Undersögelse af et excideret Stykke til Hjälp. Man må erindre, at man meget själdent har Lejlighed til at se, hvorledes *en levende Nyre* ser ud; måske man ved mere Övelse vilde kunne nöjes med at se på Kapslen, Nyrens Overflade eller Nefrotomi-Sår og ikke behövede at göre Resektion; men enhver vil vist indrömme, at, når man (som hos Vilhelmine M. i Sygehistorien I, hvor Diagnosen vaklede imellem en let pyelitis, begyndende Neoplasme eller at der muligt slet ikke fandtes Nyrelidelse), i en forlänget »Nyre» ser små Ekkymoser hist og her i den fibröse Kapsel samt blåligt gennemskinnende og noget frembuklede Partier, »Småsvulster», ved Nefrotomi ser Nyrevävet rödliggråt af Farve og lidt uigennemsigtigt, — da må Tanken falde på begyndende Neoplasme. Ligeledes står man rådvild, når man (som hos Emmily F., Sygehist. II, hvor man slet ikke havde nogen Diagnose, men kun en Formodning om, at Nyren kunde väre syg), finder en langagtig Nyre af blålig Farve, der på et enkelt Sted af Kapslen er mere blå, og som i det i övrigt rödlige Nyreväv viser et enkelt Parti gråligt gennemskinnende.

Hvis man i sådanne Tilfälde ikke får excideret et Stykke Nyreväv og ikke får det undersögt mikroskopisk, står man rådvild, om man skal foretage en sekundär Operation eller ej; ti var det sikkert, at det var et malignt Neoplasme, vilde der jo

våre Indikation for sekundært udfört Nefrektomi, og det med forholdsvis gode Udsigter med Hensyn til Spörgsmålet om Recidiv. I de to nävnte Tilfälde beroligede Mikroskopiens og Bakterologiens Resultater ganske; i det förste Tilfälde fandt man en let nephritis med Mikrober, i det andet en nephritis vera et interstitialis; man undlod i bägge Tilfälde videre Indgreb, som det ses, til Held for Patienterne, som bägge ere helbredede.

De samme Synspunkter göre sig gäldende lige over for Påvisningen af Tuberkulose; de mange forskellige Trin af Betändelse, der i og for sig ikke vise noget for Tuberkulose karakteristisk, kunne göre det umuligt at sige, om man står lige over for denne Lidelse eller ej, för man har påvist det ved Mikroskopi af et excideret Stykke. Hvad enten man nu stiller sig reserveret med Hensyn til Indgreb på tuberkulöse Nyrer, eller man mener, at man netop bör operere, — i hvert Fald har man ved Resektion og Mikroskopi vundet meget for Prognosen, idet der jo er en enorm Forskel på at have en »almindelig» Betändelse eller en Tuberkulose. Som Exempel på disse Forhold tjäner Peter J. (Sygehist. III), hvor man klinisk diagnosticerede Tuberkulose, men opgav denne Diagnose, da man ikke kunde påvise Tuberkelbaciller i Urinen, og gik over til Formodning om calculus renalis. Efter Lösning af stärke Adhärencer, hvorved tillige Nyren er lösnet fra den fibröse Kapsels Indside, ser man en ikke forstörret Nyre, glat, blåröd; Adhärencer forhindre i at träkke den frem; man kan ikke se, hvorledes den ved Nefrotomi frembragte Sårflade ser ud; men man kan dog komme til at excidere et Stykke af Nyrevävet til mikroskopisk Undersögelse; dette Stykke betragtes strax med blot Öje; det er blålig rödt, på Overfladen besat med små Gryn (ikke ulig miliäre Gryn); sådanne findes også i Dybden, men kun sparsomt. Dette Billede må bringe Tanken på Tuberkulose; jeg standser da forelöbigt med Operation. Mikroskopien viser nu i dette Tilfälde ikke tydelige »histologiske» Tuberkler, ej heller Tuberkelbaciller i Vävet; men det er jo, i Henhold til de ovenstående Bemärkninger, ikke rimeligt, at man *altid* vil träffe at excidere et Stykke med tydelige Tuberkulosetegn. Hos vor Patient hjalp det til den rette Diagnose, at man fandt Tuberkelbaciller i det ved Operationen fra Nyrens pelvis fjärnede gulliggrå, grynede pus, — og man vil vel i Regelen, når man ser nöje efter under

Operationen, kunne fange lidt Vädske i et sterilt Reagensglas til Undersögelse på Tuberkelbaciller.

Står man lige over for Tilfälde, ved hvilke der findes en stor »Nyresvulst», vil Diagnosen jo i Regelen väre forholdsvis let; man fejler vel i Regelen näppe ved at sige, at det enten drejer sig om malignt Neoplasme, (Sarkom, Kancer, Blandingssvulster) eller Hydro- eller Pyonefroser. De maligne Neoplasmer kunne jo, selv om de ikke indeholde kystiske Hulheder, give Fluktuationsfornemmelse; men i Regelen kan man ved at tage andre Forhold til Hjälp, särligt Anamnesen, Patientens Alder og Almentilstand, vel nok komme til det rette Syn. Men tår man over for en *särdeles stor* Nyresvulst, der sikkert giver Fluktuationsfornemmelse, altså sikkert indeholder Vädske, da kan man väre stärkt i Tvivl. Botilde Marie B. (Sygehist. IV) er et godt Exempel herpå; den Läge, der havde behandlet hende, havde tänkt på Pusansamling bag colon ascendens, opstået som Fölge af appendicitis eller hæmatocele. Jeg selv tänkte närmest, efter at have udelukket Ovariekyste og Osteosarkom (med Blödning og Kyster), udgået fra pelvis, på Parese af colon ascendens, der måtte väre stärkt udspilet; denne skulde väre fremkaldt ved de store Doser opium, hun havde brugt. Ved Punktur med Aspiration gennem abdomens Forflade udtömmes fäkulent lugtende Vädske med Baciller. Först senere falder Tanken hen på, at den enormt store og så påfaldende mobile Svulst kunde väre en Pyonefrose. Ved explorativ Operation kan det dog ikke klares; man kommer med Fingrene kun ind i en enormt stor, pusfyldt Hulhed, hvis Vägge ere glatte. Hvis jeg i dette Tilfälde ikke havde excideret et Stykke af Säkkens Väg, som makroskopisk slet ikke lignede Nyreväv, havde jeg ikke kunnet stille nogen Diagnose; men Mikroskopien hjalp; den viste, at der i organiseret Bindeväv fandtes Rester af Nyreväv, at der var en nephritis chronica. Hermed var Efterbehandlingen og Prognosen givet.

»Nyrevulster» kunne narre på andre Måder; jeg nävner som Exempel Mathilde H. (Sygehist. V); hun har de kliniske Tegn på en »Nyresvulst»; särligt nävner jeg ballottement rénal og Tarmtone foran Svulsten. Ved Punktur med Aspiration gennem Huden har jeg udtömt Vädske og tror derefter, at der foreligger en Blanding af pus og Urin i en på Nyrevävets Bekostning udviklet Säk; jeg gör Explorationsoperation og ser en noget langagtig, ligesom bugtet Nyre, hvoraf enkelte Partier

vare stärkt blåliggrönt dekolorerede i Modsätning til det i övrigt normalt farvede Nyreväv; ved Nefrotomi ses Snitfladens Tegning forvisket og af gullig Farve; det ser alt andet end normalt ud; jeg gör da Resektion af et Stykke af Nyrevävet, — og ved Mikroskopi af dette findes det at väre ganske *sundt!* dette er af stor Värdi; det viser sig, at det kliniske Billede, der havde *alle* de for Nyresvulst karakteristiske Egenskaber, har väret vildledende, at vi må söge efter en anden Diagnose. I dette Tilfälde blev Diagnosen senere klaret ved en Laparotomi; det var en *Miltkyste*, der havde simuleret en Nyresvulst.

Hos vor 6te Patient Ane T. (Sygchist. VI) har jeg diagnosticeret mobil Nyre og har en Formodning om, at en calculus muligt komplicerer Tilstanden. Jeg finder stärkt udtalt fibrös perinephritis, en stålblå farvet Nyre, der på et enkelt Sted viser et prominerende Parti, det indeholder til Dels koaguleret Blod; da Kapslen er lösnet fra Nyrens Overflade, ses denne af en rödblå Farve; ved Nefrotomi findes ingen Sten. Disse Farveforandringer i Forbindelse med den subkapsuläre Ekkymose, som jeg ikke ubetinget kunde henföre til trauma under Extraktionen, fordi noget af dens blodige Indhold var koaguleret, tvinge mig til Resektion af Nyreväv til mikroskopisk Undersögelse. Der göres Nefropexi. Det exciderede Nyreväv viser kronisk glomerulo-nephritis.

De 6 nävnte Exempler vise formentligt alle Värdien af Resektion af Nyreväv i diagnostisk Öjemed. For mig have flere af dem haft den Värdi, at jeg har kunnet udelukke Tanken om en begyndende malign Lidelse, der muligt kunde väre helbredet ved en i Tide foretagen total Excision af det angrebne Organ; jeg har for de fleste af Tilfäldenes Vedkommende kunnet stille en forholdsvis god Prognose ved Hjälp af Mikroskopien af det exciderede Nyreväv, en Prognose, som Tilfäldenes senere Forlöb har vist var rigtig.

Men *de her omtalte Operationers* Värdi og Tilladelighed afhänge jo väsentligt af, om de ere forbundne med *Farer?*

I og for sig skulde man på Forhånd tro, at Fjärnelse af et Stykke Nyreväv gav et plus af Fare til de i Forvejen ret indgribende Explorationsoperationer, Punktur og Nefrotomi m. m.; men ligesom disse sidste overraske ved at väre påfaldende farefrie, således overraskes man også ved, at Resektionen ikke giver Anledning til Dannelsen af *Urinfistel*, hvad man dog i alt Fald måtte vänte i de Tilfälde, hvor Nyren er syg.

Tre af de ovenfor omtalte Patienter havde nephritis (Sygehist. I, II og VI), men have ikke Fistler; hos den ene er der gået 5 År, hos den anden 1 År, hos den tredje ½ År efter Operationssårets Heling. *En Patient* (Sygehist. V), *hvis Nyre var sund*, har heller ikke Fistel; hos denne er det 4 År, siden Operationen blev udfört. *Hos en Patient med en enormt stor Pyonefrose* (Sygehist. IV) har Cikatricen holdt sig lägt i 11 Måneder. *Hos en Patient med Tuberkulose* (Sygehist. III) er der derimod Fistel, der dog af og til lukker sig; men dette kan jo ikke lägges Resektionen som sådan til Last; selv om man blot havde gjort Nefrotomi, vilde det samme våre Tilfälde, eftersom han har sin tuberkulöse Nyre og Sygdommen i denne vel skrider frem.

Altså — Resektion af Nyreväv i diagnostisk Öjemed kan udföres uden at give Urinfistel som Resultat, og dette hvad enten Nyren er sund eller i betändt Tilstand, ja selv om Vävet indeholder Mikrober. Dette sidste forekommer mig särligt interessant — og skal våre Genstand for nogle Bemärkninger längere nede.

Et andet Punkt, som det forekommer mig värd at bemärke, er det, at *Resektionen af et lille Stykke Nyreväv kan virke kurativt*, — om ikke allene som sådan, så dog i Forbindelse med de andre Indgreb i explorative Öjemed, Blottelsen af Nyren, dens Fremträkning, hvorved Adhärencer lösnes, Punkturen med eller uden Aspiration og Nefrotomien — Resektionen er jo altid det sidste Led i denne Räkke af Explorationsoperationer.

Jeg har alt tidligere i en lille Afhandling[1]) meddelt 3 Exempler på, at de med Explorativoperationer behandlede Patienter kunne helbredes herved; det drejer sig i disse — som i flere af de ovenfor meddelte Tilfälde — om *Lösning af perirenale Adhärencer; Incisioner i små, ligesom kystiske, udvidede Partier; Spaltning af indtrukne Partier, der se ud som cikatricielt retraheret Väv; Punkturer i Nyrevävet*, der, selv om de ikke give Vädske, dog virke blodudtömmende; *Bristninger eller med Vilje udfört Lösning af den fibröse Kapsel fra Nyrens Overflade*, delvist eller helt.

Hvorledes disse Indgrebs helbredende Virkning skal forklares, er jo mere end usikkert; om det f. Ex. er begrundet i

---

[1]) OSCAR BLOCH: Om den kurative Virkning af små kirurgiske Indgreb på Nyren. Meddelt i det medic. Selskab i Kbhvn i Dcbr. 1891. Se Hosp.-Tid. 1892, Nr 1.

Blodudtömmelsen, i, at intrarenal Spänding häves, eller i, at Adhärencer lösnes? Det forekommer mig meget rimeligt at tro, at Smerter kunne häves, ved at perirenale Adhärencer lösnes. — Men der bliver en Del Tilfälde tilbage, hvor al Forklaring glipper, hvor man må tage sin Tilflugt til det af Operationen forårsagede »psykiske Indtryk». Hvorom al Ting er, — det synes sikkert, at disse små Operationer kunne virke helbredende, — og flere af de i denne Afhandling meddelte Tilfälde vise, at også större Operationer, som *Nefrotomi gennem hele Nyrens Substans, Palpation med Fingeren af dens pelvis* og *Resektion af Nyreväv til Mikroskopi*, ikke forvärre Chancen for Helbredelse i de Tilfälde, hvor Nyrevävet kun er angrebet i ringe Grad.

Hermed komme vi tillige til Spörgsmålet om *Operationernes Indflydelse på Nyreväv, der er i betändt Tilstand (nephritis »vera» og interstitialis)*; man kan nemlig på Forhånd frygte, at sådant ikke vil kunne tåle Incisioner, Palpationer og Excisioner uden at reagere stärkt derpå. I Regelen vil man blive overrasket ved, hvor liden skadelig Virkning Indgrebet har; vi have alt set dette konstateret for vore Patienters Vedkommende; iblandt disse er der 3, hvor der ikke fandtes pus, men hvor Mikroskopet påviste nephritis, og hos alle 3 Patienter helede Såret i Nyren uden Fisteldannelse. Sådanne Tilfälde ere ikke enestående. Jeg har i Literaturen [1]) truffet et Tilfälde, hvor et valnödstort Parti af Nyren fjärnedes ved kileformet Resektion, fordi man trode, at det var Säde for malignt Neoplasme; Såret blev tamponeret med Jodoformgaze og Nyren fästet til Hudsåret; 3 Uger efter Operationen var det lägt; Patienten döde nogle Måneder senere af cancer vesicæ; Såret i Nyren var fuldständigt helet, så man näppe kunde se Defekten, og dog var så vel det exciderede Stykke som den hele Nyre ved Sektionen Säde for interstitiel nephritis.

Jeg har i en Räkke af Tilfälde af Pyonefrose, med eller uden calculus, foretaget den hele Räkke af Explorationsoperationer, endende med Resektion af Nyreväv til mikroskopisk Undersögelse, — og set dem forlöbe på samme Måde som de Tilfälde, ved hvilke man kun har gjort Nefrotomi til Udtömmelse af pus. Men särligt forekommer det mig värd at bemärke, at der i et af de i denne Afhandling meddelte Tilfälde

[1]) KÜMMEL: Zur Resection der Niere. v. Langenbecks Archiv, Bd 46, 1893, S. 310.

(Sygehist. I) fandtes Mikrober i Nyrevävet, og at Såret hos denne Patient dog helede uden Fisteldannelse — og endnu var helet, da jeg så hende 5 År efter Operationen. Imidlertid må man jo väre forberedt på at träffe Tilfälde, ved hvilke Nyren er så medtagen, at Explorationsoperationerne eller den dermed forbundne Efterbehandling ikke kunne siges at väre uden Fare.

Jeg meddeler fölgende Tilfälde, hvor der kom *Gangrän af hele Nyren;* om denne skyldes Operationen, ved hvilken Sårfladerne tamponeredes ret energisk med Jodoformgaze, eller om den skyldes selve Nyrens stärkt betändte Tilstand, er mig ikke klart. I hvert Fald har Patienten, der var så overordentligt medtagen för Operationen, stået sig ved Behandlingen, eftersom han nu er fuldständig rask.

VII. *Pyelonephritis suppurativa. Operationes exploratoriæ: nephrotomia; resectio substantiæ renalis diagnoseos causa (gangræna renis).*

Hans Chr. N., 25 År gl., har for 4 År siden haft en cystitis, der svandt i 3 Uger; for 1½ År siden en gonorrhoea, der snart helbrededes; for 1 År siden behandledes han med Obstipation i 18 Dage for perityphilitis; men Smerterne sad den Gang i höjre Side af abdomen i Höjde med umbilicus.

For 2½ Måned siden begyndte gnavende Smerter i höjre Renalegn; for omtr. 2 Uger siden måtte han gå til Sängs, kom så ind på Hospitalets medicinske Afdeling; her konstateres höj Feber, svagt udtalt Albuminuri, ingen Nyreelementer.

På Afd. C. indlagdes han $^{9}/_{10}$ 1894; der konstateres en »Nyresvulst»; i Urinen hvide og röde Blodlegemer, Epitelceller, talrige kornede og hyaline Cylindre, cocci og diplococci, der i Kultur give hvidlige Kolonier; ingen Tuberkelbaciller. Der er Feber. Jeg diagnosticerer pyelonephritis suppurativa, måske med calculus, — dette fordi han mener at have observeret gult Sand i sin Urin, — og gör *Operation* $^{12}/_{10}$: det er noget vanskeligt at lägge Nyren blot; ved *Punktur med Aspiration* udtömmes Blod, med Tilblanding af lidt hvidlig Vädske. Man vil nu träkke Nyren frem; der er lette Adhärencer opad fortil, den er forstörret og af blålig Farve. En fornyet *Punktur* giver intet Resultat. Gennem en 6 Cm. lang *Nefrotomi* indföres en Finger i pelvis renalis; der er ingen calculus, intet pus. Da Blödningen er ret livlig, bestemmer man sig til at tamponere Såret i Nyren; Blödningen standser ret snart; *et Stykke af Nyrevävets kortikale Del reseceres.* Tamponen fjärnes; men da det atter blöder livligt, indlägges en ny imellem Nyrevävets Sårflader, og dens Ende ledes ud af Hudsåret.

Da man 2den Dag efter Operationen fjärner Nyretamponaden, kommer der strax en Del venös Hämorragi; man må til sidst åbne Hudsåret för at kunne tamponere Sårhulen virksomt; Nyrens Sår lades nu

urört. Det viser sig under det senere Forlöb, at *hele Nyren gangränerer;* d. $^{5}/_{2}$ 1895 er hans Sår helet uden Fistel, hans Almentilstand god; Urinen viser svag Antydning af albumen ved HELLERs Pröve, men er i övrigt normal.

Det fjärnede Stykke Nyreväv viste ved GRAMs Metode ikke Mikrober; der var Ophobning af Levkocyter, isär langs Karrene, interstitiel Betändelse og parenkymatös Degeneration af Epiteliet.

Det gangränöse Väv fra d. $^{27}/_{10}$ 94 viste sig mikroskopisk at bestå af Nyreväv.

2 År efter Udskrivelsen (d. $^{24}/_{1}$ 1897). Han befinder sig vel, arbejder som Maskinmester på et Dampskib; hans Urin er normal; man kan ikke föle Forstörrelse af venstre Nyre. Cikatricen på höjre Side har holdt sig lukket; man kan ikke föle noget abnormt på Nyrens Sted.

D. $^{31}/_{10}$ og $^{7}/_{11}$ 1894 fjärnedes store Stykker gangränerede flotterende Väv; Hovedmassen af disse viste sig ved Undersögelse i Maj 1897 af det i Alkohol opbevarede Präparat at bestå af Blodkoagler. (Prosektor DAHL.)

Om *Operationens Udförelse* er der intet särligt at bemärke; den, der er fortrolig med Operationer på Nyrer, véd, hvilke Farer der overhovedet kläber ved disse, og vil forstå, at det fra et teknisk Synspunkt betragtet ikke kan foröge Faren eller kräver närmere Beskrivelse, hvorledes man med Sax eller Kniv exciderer et Stykke af den ene Sårrand. Jeg har altid sörget for at excidere så meget, at der er rigeligt Materiale til forskellige Präparationsmetoders Anvendelse på talrige Snit.

Det i Nyren frembragte Sår kan man, alt efter Omständighederne, *behandle* på forskellig Måde; Suturer med Karbolalkoholkatgut eller let Tamponade (med steril Gaze eller Jodoformgaze) ere de 2 Hovedmetoder, jeg har anvendt. Sutureringen forekommer mig at väre at foreträkke; den er med Held anvendt hos Patienterne I, II og VI; men at man også kan få Heling uden Fisteldannelse ved at tamponere Nyresåret, viser Sygehistorien V. Er der en pussecernerende Hulhed, eller drejer det sig om Tuberkulose, bör Tamponaden foreträkkes.

Den Del af Såret, der danner Adgangen til Nyren, behandles efter de almindelige Principer; jeg plejer at lägge et Par dybe Muskelsuturer og suturere Hudsåret, alt med Karbolalkoholkatgut, kun ladende Plads for et tykt Drän og en, ikke for fyldig, Tampon af steril Gaze eller Jodoformgaze. Som Forbinding benytter jeg tör steril hydrofil Gaze, däkket i vidt Omfang af tört hydrofobt sterilt Vat.

Det exciderede Stykke Nyreväv, der jo er taget med sterile Instrumenter, föres strax under Operationen over i et tört sterilt Reagensglas; muligt er det bedre at overföre det i steril »fysiologisk» Saltoplösning. Ved Undersögelsen podes först et Stykke i Agargelatine eller andre Näringssubstrater; derpå behandles et Stykke med Frysemikrotom; de herved erhvervede Snit undersöges på: Mikrober og mikroskopisk efter at være farvede på forskellige Måder; en anden Del af Stykket härdes i Alkohol, indsmeltes i Paraffin o. s. v. Man har på denne Måde alle Slags Präparationsmetoder til Sammenligning.

Urinens Tilstand efter Explorationsoperationer på Nyren, forbunden med Resektion af et Stykke Nyreväv, er et interessant Spörgsmål. Vi henvise i denne Henseende til de udförlige Meddelelser i Tillägget og notere her kun kort, at det er påfaldende, så hurtigt de fremmede Bestanddele i Urinen efter det enorme trauma på Nyren tabe sig; Blodlegemerne og Cylindrene (disse sidste findes ikke en Gang altid) forsvinde, og Urinen bliver normal.

Den Omständighed, at man uden större Fare kan forskaffe sig frisk, levende Nyreväv til mikroskopisk og bakteriologisk Undersögelse, forekommer mig også at have den Betydning, at man kan give *Histologerne Lejlighed til at studere Nyrernes Bygning*, särligt Epiteliets Karakterer, närmere. Herved vindes formentligt også *Udbytte for Klinikerne*, for hvilke mange Former af nephritis stå som en Gåde, särligt i Henseende til Forlöb; det har således overrasket mig meget at få konstateret nephritis hos Patienter, der dog have levet År derefter i bedste Befindende (se f. Ex. Sygehist. I og II); man kan jo tro, at der kan existere partielle, lokaliserede Betändelser af Nyrevävet.

Skulde vi til Slutning opstille

Indikationer for Resektion af Nyreväv i diagnostisk Öjemed,

kunne vi i Henhold til ovenstående formulere disse således: Når man ved en Nyrelidelse har en usikker klinisk Diagnose og denne ikke bliver klaret ved de almindelige Explorations-

operationer, der tillade at se og at palpere Nyren, ej heller ved at se på den ved en Nefrotomi frembragte Sårflade i selve Nyrevävet, da bör man resecere et Stykke for ved Mikroskopets og Bakteriologiens Hjälp at afgöre, om et så som sygeligt udseende Parti skyldes en Betändelse eller Neoplasme eller måske endog slet ikke er sygt. Den herved vundne Kundskab vil våre af Vārdi med Hensyn til Spörgsmålet, om man atter skal underkaste Patienten en Operation, f. Ex. sekundärt göre Nefrektomi.

Det hele Spörgsmål om Resektion af Nyreväv i diagnostisk Öjemed har jeg ment det rigtigt at belyse närmere, fordi det er et Bidrag i Retning af Konservatisme i Nyrekirurgi.

Tilläg.

De udförlige Sygehistorier.

I. *Diagnose för Operationen* vakler imellem calculus, pyelitis l. gr. og ren mobilis. I 2den Räkke: Neoplasme. I 3dje Räkke: der er ingen Nyrelidelse.

Diagnose umiddelbart efter Operationen: Begyndende Neoplasme.

Diagnose efter Mikroskopi af det exciderede Stykke Nyreväv: Nephritis l. gr. med Mikrober.

Vilhelmine M., 33 År, gift med Styrmand, Svendborg. Indk. $^{18}/_{9}$ 90. Udskrabning, intrauterin Terapi $^{20}/_{9}$. Operation $^{19}/_{10}$. Udskreven bedret $^{19}/_{12}$ 1890. [1])

Pat:s Moder lider af phthisis pulmon. En Broder skal have spondylitis. Selv skal hun have väret rask som Barn og i Opväxten. Menses fra 13 Års Alderen, regelmässige, af 7 Dages Varighed, uden molimina. Blödningen har altid väret ret rigelig. Födt 5 Gange ved Naturen. 1ste partus for 11, sidste for 1½ År siden; efter 2den partus for 8 År siden lå hun til Sängs i 3 Måneder, havde Feber og Smerter i Underlivet, mest i höjre Side. Efter 3dje partus havde hun cystitis. Under hendes sidste Graviditet, altså for omtr. 3 År siden, begyndte hun at få Smerter i höjre Side af Underlivet. Hun angiver, at Smerterne isär kom ved Bevägelser af foetus. Födslen rettidig, forlöb normal; men Smerterne i h. Side holdt sig og have siden så godt som stadig väret til Stede, ere Dels fastsiddende, gnavende i nederste Del

[1]) For alle Sygehistorier gälder, at Operationsbeskrivelsen er dikteret, medens Operationen blev udfört.

af h. Side af Underlivet, dels strålende ud over Länderne og ned i h. Ben, hvor de synes at fölge Forlöbet af n. ischiadicus. Smerterne foröges i Menstruationsperioden, ere mindst i roligt Leje, tiltage ved Bevägelser. Foruden disse Smerter have siden sidste Födsel fölgende Symptomer så godt som til Stadighed väret til Stede: *Levkorré*, stärkest efter Menstruationsperioden. *Stärk Svie* under og efter Urineringen. *Hyppig Trang* til Urinering, stundom kun udeblivende ½ Time, så godt som hver Nat. Hun vil ikke have bemärket noget abnormt ved Urinens Udseende. *Menses* indtrådte 4 Måneder efter partus, ere ledsagede af Smerter i Underlivet og over Länderne. Smerterne indträde Dagen för Blödningens Begyndelse og ophöre med den. *En Del gastriske Tilfälde*, trykkende Smerter i cardia, Opstöd, Kvalme og Opkastninger, isär efter Måltiderne.

Omtrent 5 Måneder efter Födselen fik Pat. stärkt Ildebefindende med Feberfornemmelse, stärke Smerter i Underlivet, Kvalme, Hikke, Opkastninger, Ömhed af Underlivet. Hun mener ikke, at disse Tilfälde stå i Forbindelse med Menstruationsprocessen. Hun lå til Sängs i 5 Uger; i de förste 16 Dage var hun obstiperet. Tilfäldene tabte sig efterhånden, og hun kom op nogenlunde restitueret, men stärkt medtagen. 14 Dage efter gentage Tilfäldene sig; men denne Gang var der tillige Diarré 8—10 Gange i Dögnet, og hun angiver, at Åbningen indeholdt Blod i små Klumper og tillige gule Klumper, som hun mener var »Materie». Denne Gang stod hun op efter 8 Dages Förlöb; men i Löbet af de påfölgende 3—4 Måneder havde hun stadig stärke Smerter i Underlivet, kastede alt op, hvad hun nöd, havde Trykken i cardia, Opstöd og Kvalme. Åbningen naturlig regelmässig, indeholdt kun en enkelt Gang Blod, og dette var da som smurt uden på fæces. Hun lå snart til Sängs, gik snart oppe. Efter 3—4 Måneder bedredes Tilstanden noget, og det gik så nogenlunde til for 6 Uger siden. Menses indtrådte da på regelmässig Tid, vare rigeligere end ellers, ophörte som sädvanlig efter 7—8 Dage. Et Par Dage derefter kom der imidlertid atter Blödning, og denne er så vedbleven meget rigelig og med kun få Dages fri Mellemrum til for 8 Dage siden. I de sidste 5 Måneder har der jävnlig väret Ödem af crura, navnlig höjre. Foruden alle disse Symptomer er Pat. hysterisk med globulus, Tilböjelighed til Gråd og Latter uden särlig Foranledning, Anfald af Ildebefindende med Kulde og Hede, Kvalme og Opkastning. Desuden lider hun hyppigt af Hovedpine. Får Hjärtebanken og Dyspnoe ved stärkere Bevägelser. I de sidste 2 År har hun haft Hoste, isär om Morgenen. Expektoratet sparsomt, består af gullige, grönlige Klatter. Ingen Hämoptyse. Hun har haft Nattesved og er magret af.

Pat. er noget mager og bleg, trät efter Rejsen. Der er Indsänkninger over og under claviculæ. På höjre Side Dämpning over og under clavicula, i supraspinata og överste Del af infraspinata. Respirationen höres her svækket, bronkial. Enkelte middelfine, fugtige Rallelyd. På venstre Side måske let dämpet over apex. Respirationen sväkket, ikke bronkial. Ingen Rallelyd. Stethoscopia cordis normal. Levermatheden ikke udvidet. Underlivet blödt, ikke opdrevet. Der er en hel Del Ömhed i cardia samt i hele h. Side af abdomen, isär nedad. I h. Side

af Underlivet er der större Resistance end i v., måske fremkaldt ved, at hun på Grund af Ömheden kontraherer sine Muskler. I det mindste kan en Udfyldning ikke afgränses ved Palpation, ej heller ved Perkussion. Rectum fuld af fæces, hvilket umuliggör Exploration. Clysma glycer. uden Virkning. Clysma aqvosum med Virkning.

14/9 Tp. $\frac{37,6}{37}$. I Dag hendes Udseende bedre. Portio vaginal. viser til venstre. Lab. ant. knoldet, fast, i ringe Grad med Exkoriationer at föle. Lab. post. ikke fast. Corpus uteri lidt anteflekteret. Ulcerationen ses også med speculum på den röde, svulne portio vaginalis. Der er et sangvinolent, mälket Udflod af orificium uteri. Rp. Hed Vaginaldouche 40°.

15/9 $\frac{37,5}{36,8}$. I Går Isse- og Nakkehovedpine, desuden Kvalme og 1 Gang Opkastning. Som sädvanlig ringe Appetit. Sövnen forstyrret mest af Smerter i h. Side af abdomen, ovenfor indenfor h. spina il. ant sup. Hun har i sidste Dögn kun ladt Vandet 5 Gange og ikke fra Kl. 8 Aften til Kl. 7 Morgen. *Urinen* sur, uden albumen, sanguis eller Sukker.

16/9 $\frac{37,3}{37}$. Fik i Går codeinæ 2 Cgm 2 Gange. Menses indtrådte i Nat.

17/9 $\frac{37,3}{36,7}$. En Del Blödning i Går. Nu nästen ophört. Hun har haft nogen Skären ved Vandladningen, ledsaget af Smerter i h. fossa iliaca og ud i Sideregionen. Mangler Åbning. Clysma glycerini.

18/9 $\frac{37,3}{36,9}$. Blödningen standset i Nat.

19/9 $\frac{37,6}{37}$. I Går 5 Gange dels tynd, dels grödet Afföring og Smerter i abdomen. Fik epithema tepidum abdominis og vin. Thebaic. gtt. 5. Har sovet nogenlunde; har endnu Smerter i h. fossa iliaca. Diæta febril. II.

20/9 $\frac{37,6}{37,7}$. Fremdeles ingen Blödning. I roligt Leje har hun Smerter i h. Side af abdomen, til h. for umbilicus. Ved bimanuel Undersögelse synes man at få Ballottement i Nyreegnen, hvor man föler en större Resistance. *Urinen* med stärkt skyet Bundfald, som ikke oplöses ved Kogning. Hyppig Trang til Urinering — 4 til 5 Gange i Går, 3 Gange i Nat. Clysma glycer. med Virkning.

Under *Kloroformnarkose* konstateres, at canalis uteri er anteflekteret. Der göres Udskrabning af fungöse Masser, intrauterin Udskylning med Karbolvand, Touche med Jodtinktur, indlägges Glycerintampon.

21/9 $\frac{37,5}{38,8}$. Befandt sig i Går ret vel. Siden i Aftes har der indfundet sig Kvalme og en enkelt Opkastning; Smerter i h. Side af abdomen. Har kun sovet lidt. Spontan Vandladning 6 Gange siden Narkosen. Ingen blodig Udsivning. Epithema tepid.

Ved *mikroskopisk* Undersögelse af den med Kateter tagne Urin, der er klar, findes ingen Formelementer, ingen Bakterier.

22/9 $\frac{37,7}{37,9}$. Stikkende Smerter i abdomen. Fik codeinæ 2 Cgm, hvorefter Smerterne nästen tabte sig. Sovet godt. Spiser godt. Smerter i h. fossa iliaca. Mangler Åbning på 3dje Dögn. Rp. Ol. ricini. Angiver, at hendes Smerter ere af samme Natur som för Operationen. Tamponen af en Fejltagelse ikke skiftet i Går. Ilde Lugt. Karbolvandsirrigation. Jodoformgazetampon.

23/9 $\frac{39,6}{38,3}$. Stadig Smerter i h. fossa iliaca og Bränden og Trykken i cardia. Fik i Går Formiddags codeinæ 2 Cgm i Pille, 2 Piller. Ingen Sövn, og Smerterne tabte sig ikke. Nöd intet i Går. 1 Gang Åbning efter ol. ricini. Tungen fugtig, hvidlig. Puls 108. Der er nogen Skären ved Vandladningen. *Urinen* sur, uden albumen og Sukker. Kun ladt Vandet 3 Gange i sidste Dögn.

Hun har for 15 År siden ligget 1 År 14 Dage under Professor HOLMER for en Lidelse i h. Hofte. Hun gik derefter med Krykke i 10 Måneder, med Stok ½ År. På Hospitalet var hun bleven behandlet med Extension og spansk Flue. Bevägelighed i Hofteleddet nu fuldständig fri, og hendes Lidelse i h. Side af abdomen er först begyndt for 1½ År siden. Smerterne have altid haft samme Säde og Karakter, fra h. Side af abdomen om over Länderne til Ryggen og ned på Bagsiden af höjre femur; de stråle ikke ned mod vesica. Smerterne foröges under Menstruationsperioden, både för og efter, så at hun har holdt Sängen; når hun går oppe, have Smerterne en stikkende Karakter; de tabe sig ved Sängeleje; men der kommer da ofte af og til smertefulde Jag fra höjre Side af abdomen om i Ryggen. Afhängig af Smerterne synes tillige at väre en stärk Trykken i cardia med Kvalme og af og til Opkastning. Hendes Ansigtsfarve er gulbrunlig med cloasmata. På Kroppen er der ingen udtalt Bronzefarve, men dog en hel Del brunlige Pigmentpletter på femora og Arme. Hun mener selv, at hun er bleven mere brunfarvet under sin Sygdom.

24/9. Tp. i den fölgende Tid normal.

Hendes förste Smerteanfald for 1½ År siden kom pludseligt om Natten og väkkede hende. De kom fra h. Länderegion og strålede ned i h. Ingvinalregion, ikke ned i femur; hun blev liggende, men jamrede sig stärkt og trak Benene til sig. Hun sov ikke Resten af Natten, fik Kulde, ingen Smerter i Skuldrene. Fölgende Dag jävnligt lignende Anfald, tillige flere Gange Opkastning; hun måtte kvittere Urinen särdeles hyppigt, omtr. hver ½ Time. Der er aldrig observeret Afgang af Sten eller Grus. Der synes ikke at have väret Urinsymptomer ved den ½ År forud for disse Anfald gennemgåede partus (sammenlign dog Hovedjournalen). Gjort opmärksom på det modstridende i Referaterne, angiver hun nu, at der i Barselsängens förste Dage var Smerter ved Urineringen. Smerteanfaldene fra Länden og nedad ere senere blevne hyppige, men have kun strålet ned i femur, når hun går, og da navnlig i udvendige Side, også ned i udvendige Side af crus, endende foran melleolus int., hvor der også kunde väre Ödem.

25/9. Nogen Skären ved Vandladningen. Urinen svagt sur, ildelugtende, rödfarvet. Den klares ikke fuldständigt hverken ved Kogning, Salpetersyre eller Kali. Ved HELERs Pröve en lös, hvidgul Plade, Urinen ovenfor mälket. Ved Blodpröven kommer der en intens grönblå Farve (rimeligvis lidt Genitalblödning). Der er Exkoriationer på genitalia ext., herfra måske den Skären ved Urineringen; ligeledes Rödme og let Exkoriation lige over sulcus infra natium. Pat. tåler ikke h. Sideleje, da der så kommer Snurren langs Udsiden af h. Underextremitet ud i Täerne, og ved v. Sideleje er det, som om h. Halvdel af abdomen blev for tung.

26/9. Exkoriationen på collum uteri endnu til Stede, men kun ubetydelig. Efter Irrigation med alm. Vand indlägges Jodoformgaze.

27/9. Urinen, undersögt mikroskopisk, indeholder röde Blodlegemer, men ingen andre Formelementer.

28/9. Seponet. Epithema tepidum. Forsögsvis e. l.

29/9. Var oppe 2 Timer i Går, fik stärkere Smerter i h. fossa iliaca og Smerte over Symfysen för Vandladningen. Dårlig Sövn. Kardialgi og Kvalme.

30/9. Höjre Nyre kan fremdeles föles tydeligt; men det er vanskeligt at sige, hvor vidt den er forstörret eller forandret i Konsistens; fremdeles öm og Smerterne stadig til Stede, når hun er oppe. Hun har i Hjemmet benyttet et stramt Underlivsbälte uden Gavn. *Diagnosen* vakler mellem calculus, Hydronefrose og ren mobills. Fremdeles klar Perkussion foran den palpable Nyre. Urinen sätter kun et let skyet Bundfald ved Henstand. Rp. Carlsbadersalt.

1/10. Smerte i Går i h. Side af Länderegionen, da hun var oppe; disse Smerter har hun også haft i roligt Leje i de sidste Dage; men de forvärres, når hun rejser sig over Ende. Der kan under h. Kurvatur palperes et Legeme af Störrelse som en Nyre; det lader sig skubbe op under Kurvaturen og synker ned igen, når hun rejser sig op.

4/10. Ved at kvittere Urinen märkede hun ligesom enkelte Gange tidligere Smerter i h. Nyreegn, strålende ned i ingven. Der er Tarmperkussion, ens i bägge regiones hypochondriacæ. Man föler tydeligt ved Ballottement i Ryggen, når hun ligger, den noget ömme som Nyren formodede Intumescens. Ligger hun i Sideleje, har man noget vanskeligere ved at få Ballottementet. Under Gangen har hun stadig Smerter, som om noget sank ned fra h. Nyres Sted mod h. Ingven, tillige Smerter langs h. Underextremitet og i Foden, samt Hovedpine. Tilfäldene tabe sig, når hun ligger til Sängs. Hun mener sig arbejdsudygtig.

7/10. Klager over Smerter svarende til h. ureters Forlöb för og efter Vandladningen.

13/10. Menses indtrådte; de skulle väre stärkere end sädvanligt; ere dog ikke påfaldende rigelige. Stadig Smerte för og efter Vandladningen.

16/10. Under den let fölelige, glatte Intumescens under Kurvaturen er der fremdeles klar Tarmtone, og man föler ikke noget til hepar.

17/10. Ömheden mindre. Hun önsker at opereres.

18/10. Urin tages sterilt med Kateter; den er let blakket i Reagensglasset, er sur, uden albumen og Sukker. Indeholder hverken Tuberkelbaciller eller andre Mikrober.

19/10. *Operation.*

Under Narkose er der i Begyndelsen stärk Spänding af höjre musculus rectus; da denne har tabt sig, föler man lateralt for samme den tidligere omtalte glatte Intumescens, der er den afrundede Nyres Rand. Perkussionstonen fremdeles klar foran samme. Perkussion, foretagen på Bagfladen, giver ingen Oplysninger. Skönt Diagnosen ingenlunde er sikker, formoder man dog i Henhold til Anamnesen om den som Nyrekolik (for 1½ År siden opståede) tydede Sygdom, at det drejer sig om calculus eller pyelitis; först i anden Räkke kommer Neoplasme, i tredje Räkke at det slet ikke er Nyren.

Under Kloroformäternarkose göres Explorationsoperation. Pat. er i v. Sideleje på Sandpose, lidt proneret. Der göres Snit fra ydre Rand af extensor dorsi communis en Fingersbred under costa XII til bageste Axillärlinje, af 12 Cm:s Längde. Péan'er sättes på blödende Punkter. Der er intet trigonum Petiti. Man forsöger dog at gå stumpt gennem Fibrene af latissimus dorsi og skubbe den til Side, hvilket också lykkes, og man går igennem ved ydre Rand af quadratus lumborum og ser det präperitonäale Fedtväv pose sig frem. Såret toucheres med Karbolvand 3 %. Det retrorenale Bindeväv er meget fedtholdigt, indeholder mange Vener og poser sig frem ved Respirationen; divideres stumpt. Da den ene Hånd, som skal hjälpe til Fremträngning af Nyren, ikke virker, göres Hjälpeincision få Cm. fra den bageste Rand, lodret nedad mod crista. Man kan derefter komme lettere ind. Costa XII löftes i Vejret af en Assistents 2 Fingre, medens en anden Assistents Fingre holde det sig nu fremposende peritonæum til Side fortil. Det er alligevel svärt at få Nyren, der dog ikke har faste Adhärencer, frem af Såret; det lykkes dog. Den fibröse Kapsel viser hist og her små Ekkymoser. Nu punkteres med en skärende Kanyle på blålig gennemskinnende og noget frembuklede Partier. Punkturen giver rödligt, mörkt Blod, men man föler ingen calculi efter Punktur på 5 forskellige Steder. Nyren er i det hele af forandret Konsistens, snarest blödere end normalt. Det bemärkes, at man har den helt ude af Såret, dog ikke dens överste Parti, der bliver liggende helt oppe under Kurvaturen, så at den kan palperes blödt med Fingrene. Den er forlänget, dens Väv skinner på flere lidt frembuklede Steder blåligt igennem. På dens konvexe Side göres Incision uden särlig Blödning på et sådant blåligt Sted. Der dilateres, så at Snittet bliver i det hele 6 Cm. langt, på det dybeste Sted 1½—2 Cm. dybt. I hilus föles intet särligt aparte; der göres en lille flad Excision af Nyrevävets corticalis til mikroskopisk Undersögelse, omtr. ½ Cm. tyk, 1½ lang, ¾ höj. Nyrevävet er rödliggråt af Farve, lidt uigennemsigtigt; der bemärkes, at 2 Fingre komprimere nedenfor Incisionsstedet. Der lägges derpå Suturer på det inciderede Nyreparti, der fremdeles ikke foruroliger ved Blödning. Af en Fejltagelse blive 2 af Suturerne anlagte med Katgut Nr 2, altså tykkere end Resten (i alt 7), der lägges med Nr 1. För Suturerne afklippes, toucheres Nyreoverfladen med Karbolvand 3 %, hvor-

efter Nyren slippes tilbage. Man föler på ny efter og undrer sig atter over dens Sukkulens og dens Längde. Der lägges 5 Ligaturer. Hverken för eller efter Operationen er Nyrens Leje forandret eller at forandre, ej heller har man under de tidligere Explorationer fölt Tegn på Mobilitet, som berettigede Diagnosen af ren mobilis. Der göres, efter at de ved Snit gennemskårne Fibre af latissimus dorsi ere suturerede sammen igen, Irrigation med Karbolvand 3 %. Der tamponeres med Jodoformgaze, af hvilket en Ende lades ude af Såret. Derpå lägges Etagesuturer i den vertikale Del af Såret, 2 dybe og 3 overfladiske, tagende et stort Parti Väv. Derpå sutureres det horisontale Partis forreste Rand med 2, bageste Rand med 2 Suturer, alt Karbolalkoholkatgut. Steril Gazekarbolvandsvatforbinding. Rullepude under Knähaserne. Ingen Kollapstilfälde efter Operationen, der varede 39 Minutter.

$^{20}/_{10}$. Hun vågnede först sent efter Narkosen, hikkede en Del. Var lidt, men ikke särlig medtagen efter Operationen. Fik dog en Kamferoljeindspröjtning. Kastet op 13 Gange. Ringe Sövn trods inject. morph. Lidt blodig Gennemsivning. Havde stärkere Smerter i Länderegionen. En Del Smerter i abdomen, ens over det hele, stärkest efter Opkastningerne. Intet peritonitisk habitus. Ingen Hikke siden Narkosens Slutning. Pulsen noget lille. Kvitterede i Aftes, liggende på Ryggen, i Bäkken 80 Grammer *Urin*, lidt plumret, indeholdende albumen, *men ikke Blod.* Kan ikke kvittere Urinen i Dag; der tages med Kateter 200 Grammer. Nöd i Går $\frac{1}{2}$ Pot Mälk og Ispiller. Fik en Ispose på Halsen, hvilket synes at lindre på Kvalmen. Den med Kateter tagne Urin viser stärk Albumenreaktion, indeholder ingen Blod eller Sukker.

$^{21}/_{10}$ Tp. $\frac{38}{37,5}$. Temperaturen herefter stadig lidt over 38 om Aftenen, normal om Morgenen, indtil d. $^{2}/_{11}$, da den bliver helt normal.

I Aftes taget ved Kateter 220 Cgm, nu 280 Cgm klar, gul Urin, da hun forgäves selv har prövet. Ved HELLERs Pröve en tyk Albuminring i Urinen fra i Aftes, medens den fra i Dag kun viser en ganske tynd Ring.

Den *för Operationen tagne Urin*, der ikke viste Mikrober, gav i Agargelatine allerede Dagen efter spredte gullig-hvide *Kulturer*, der senere ere gule.

Den om Aftenen på Operationsdagen sterilt tagne Urin, der var let brunlig, viste som nävnt ikke Blod ved Guajakterpentinpröven, men *mikroskopisk* röde Blodlegemer, samt flere *Urincylindre;* de fleste af disse hyaline, kun få hist og her kornede. Ved Farvning viste der sig cocci, ret fine, så vel i enkelte af Cylindrene som fri i Urins Bundfald.

Stykket, taget fra Nyren ved Operationen, kom strax i absolut Alkohol.

Ikke Blödning mere på Stiklagenet; men det lugter af Urin. Der er let Meteorisme i Dag, men mindre Ömhed af abdomen, ikke Tegn på peritonitis, idet Ömheden efter hendes Sigende fremdeles stammer

fra Opkastningerne. Ingen flatus. Clysma glycer. uden Virkning; har kun nydt 1 Kop Havresuppe og 3 Kopper Mälk.

$^{22}/_{10}$. Har kvitteret 610 Grammer Urin, sur, gullig.

Om Urinens videre Forhold henvises til Tabellen (S. 31).

$^{24}/_{10}$. Fremdeles Kvalme og Opkastning. Forbindingen skiftes. Indtörret Blod i Gazen uudtagen udfor Dränstedet, hvor der er indtörret Fibrin og Blod; den lugter af Urin. Såret reaktionslöst; ingen Infiltration i Omfanget, ej heller Ömhed. Jodoformgazen fjärnes, den er 290 Cm. lang, lugter af Jodoform. Den formodes ved at have komprimeret colon at have forhindret Passagen af flatus. Der indföres et mellemtykt Drän, omtr. 6 Cm. langt. Forbindingens Skiften smerter ikke. Habitus normal; ingen Tegn på peritonitis. Har nydt et blödkogt Äg, lidt Fisk, Välling, Bröd, 2 Kopper Mälk.

$^{25}/_{10}$. Ingen Gennemsivning. Afgået enkelte flatus siden Skiftningen. Ingen Sövn trods inject. morph. på Grund af smertefulde Ryk i Ländeegnen, så snart hun var falden i Sövn. Lidt Blödning fra genitalia. — 6 Dage, siden hun har haft Åbning. — Rp.: Sal. therm. Carol. artificiale, 1 Teskefuld.

$^{27}/_{10}$. Pat. havde rigelig Åbning, for förste Gang efter Operationen, efter ol. ricini, hvorefter hun fölte sig betydelig lettet. Kvalmen aftagen, men endnu styg Smag i Munden. Ingen Gennemsivning.

$^{29}/_{10}$. Smerter i cardia, hvorfor bicarb. natr., som hjalp.

$^{1}/_{11}$. Stadig nogen Kvalme. Fik Ispose på Ryggen, uden at det dog hjalp. Spiser kun lidt. Ingen Opkastning. Forbindingen skiftes. Intet i hydrofobe Vat, i Gazen lidt indtörret Sekret uden Lugt, ej heller urinös Lugt ved det rödlige Sekret, som udtrykkes af Såret; dette reaktionslöst. Dränet fjärnes. Suturerne kunne afstryges. Det transverselle Sår er ikke fuldt lineärt forenet, men frembyder i sin bageste Del en Sårflade, som står i Niveau med Huden. Forbindes med steril Gaze, vädet i 3 % Karbolvand, samme Vat. Udseendet naturligt.

$^{3}/_{11}$. Rp.: Acid. salicyl. Cgm 25 i 250 Gram Vand, 3 Gange daglig.

$^{5}/_{11}$. Medens hun kvitterer Urinen, skal der väre Smerter i abdomen, midt mellem umbilicus og Symfysen. I övrigt Velbefindende.

$^{8}/_{11}$. *Urinen* svagt alkalisk, giver ved HELLERs Pröve en svag Uklarhed over en Indikanring. Med Järnklorid farves Urinen intensiv violet (stärk Salicylreaktion).

$^{10}/_{11}$. Urin tages sterilt til Undersögelse; den indeholder en Del små, hvidlige Fnug, ellers klar. Der findes en betydelig Mängde Epitelceller af forskellig Form, dels store Pladeepitelceller, dels mindre tenformede og päreformede Celler, samt en betydelig Mängde store runde Celler med en tapformet Udlöber og med stor, klar Kärne. Tillige ses en overordentlig Mängde hvide Blodlegemer og ret talrige Cylindre af kornet Udseende, dels korte, tykke og lige, dels längere, smallere og krummede. Endelig findes en mylrende Mängde af de samme Mikrober som sidst, mellemstore cocci, hyppigst ordnede i små

Käder, men også i Grupper. Hyppigt ligge de således, at man kommer til at tänke på Bakteriecylindre.

$^{11}/_{11}$. Under Urineringen Smerter på forreste Del af abdomen på h. Side ned mod Symfysen, dog mindre stärke end för Operationen. *Urinen* ved Henstand med hvidligt, fnugget, löst Bundfald, der ikke klares ved Opvarmning, ej heller ved Salpetersyre, men med Kali; Fosfaterne ikke rödlig farvede. Ingen Blodreaktion ved Guajakterpentinpröven. Urinen går klar gennem Filtret, ved Kogning bliver den ganske let blakket, hvilket taber sig ved Eddikesyre. Ved HELLERs Pröve ingen tydelig Albumenring.

$^{13}/_{11}$. Ved at flektere femur angiver hun Smerter i h. fossa iliaca.

$^{14}/_{11}$. Lidt Gennemsivning. Forbindingen skiftes. Såret holder sig lägt, intet at udtrykke, ej heller ved Hoste, intet Udflod eller andre Tegn på Fistel. Kun lidt öm for Tryk fortil under costæ, men angiver dette mindre end för Operationen. Samme Forbinding.

$^{15}/_{11}$. Dreje sig i Sängen.

$^{17}/_{11}$. Nogen Smerte i h. Side af abdomen, når hun ligger på h. eller v. Side, dog mindre end för Operationen. Urinen ret klar, giver fremdeles stärk Salicylreaktion.

$^{18}/_{11}$. I Aftes, da hun vilde vende sig, pludselig stärke Smerter i h. regio lumbalis, hvilke holdt hende vågen temmelig länge. Ubetydelige Smerter i Dag. *Urinen* klar, uden Blod.

$^{20}/_{11}$. Stadig Smerter i h. Side, nogenlunde svarende til Forlöbet af ureter; temmelig stärke Smerter på dette Sted under Vandladningen, også under Afföringen. Kun middelstärk Ömhed for Tryk i h. fossa iliaca. *Urinen* let diffust uklar med ringe hvidligt, fnugget, löst Bundfald, bliver uklar ved Opvarmning, klares med Salpetersyre. Ved HELLERs Pröve ingen Albumenring.

$^{21}/_{11}$. Menses indtrådte; men de spontane Smerter derefter mindre.

$^{22}/_{11}$. Den sterilt tagne Urin er ved Henstand i Termostat bleven ammoniakalsk.

$^{23}/_{11}$. Angiver af egen Drift, at Smerterne ere dels mindre häftige, dels mindre trykkende end för Operationen.

$^{26}/_{11}$. Menses ophörte, Underlivssmerterne ligeså.

$^{27}/_{11}$. Sidde over Ende i Sängen.

$^{29}/_{11}$. Forbindingen skiftes 15de Dag. I Gazen lidt til Dels indtörret Sekret, svarende til det granulerende Sted, som er mindre, af frisk Udseende. Ömhed for Tryk. Perkussionen ikke dämpet, og man föler forfra ikke noget abnormt. Ved Ballottement föles den samme Udfyldning som tidligere, ingen Fluktuation. Det resterende Sår er 3—4 Cm. langt og $\frac{1}{4}$ Cm. bredt. Granulationerne fjärnes med Fingeren. Forbindes med Jodoformborsyrepulver, Jodoformgaze og Vat. Urinen klar, sur, holder sig klar ved Kogning og Eddikesyre, bliver lidt brunlig med Kali; Fosfaterne ligeledes brunlige. Ved HELLERs Pröve ingen Albumenring. Hun har brugt 21 Grammer Salicylsyre i Pulver på 25 Cgm, 1 Pulver 3 Gange daglig. Forsögsvis e. l.

$^{1}/_{12}$. Lidt Smerter i h. Side af abdomen, strålende om i Ryggen, når Pat. er oppe. De tiltage, når Pat. kommer i Säng. God Appetit. Udseendet frisk.

5/12. Smerterne angives nu at väre de samme i Intensitet og Karakter som för Operationen. Også Smerte ved Afföringen, svarende til colon ascendens.

7/12. Har brugt 108 Pulvere = 27 Grammer. Under Gangen er der, foruden Smerte i h. Side af abdomen, også Smerter i h. Fod, langs n. peronæus superfic. Under og efter Defäkationen angiver hun Smerter langs colon descendens. Smerter i h. regio lumbalis ved Stillingsforandringer. Ser meget rask ud; sund Ansigtsfarve. Forbindingen skiftes 8de Dag. Kun lidt indtörret Sekret, Såret helt lägt. Ved bimanuel Palpation föles let Ballottement. Klar Perkussion fortil og ikke udtalt mat på Bagfladen. Seponat Forbinding. Seponat Salicyl. *Urinen* i det hele sur, klar. Urin tages sterilt, og der podes samtidigt på det fra urethra udlöbende. Den med Kateter tagne er sur, den sidste med Kateter udtömte er ikke mere plumret end den förste, som mäldt i det hele ret klar, af en strågul Farve, giver brunviolet Farve med Järnklorid. Holder sig klar ved Kogning. Ved HELLERs Pröve ingen Albumenring, ingen Sukker.

9/12. Urinen endnu ikke väsentlig forandret efter Seponering af Salicylsyre.

10/12. Mindre Smerter ved Bevägelse. Der er dels Hyperästesi af Huden af h. Sidehalvdel af abdomen, dels Ömhed for Tryk i Dybden.

11/12. Fremdeles Smerter ved Defäkationen. Mener, at de ere borte, når hun får, hvad hun önsker: Karlsbadersalt. — Rp.: Karlsbadersalt.

13/12. Ved at stötte fastere til med h. Fod havde hun i Går Smerter i överste Del af femur; föler sig trät, har ikke sovet, da hun ikke får narcotica mere.

17/12. Der stilles Opfordring til gentagen Operation, skönt hun selv bestemt angiver, at Smerterne ere mindre häftige og mindre rykkende end för Operationen, og at hun selv kan märke, at hendes Udseende og Kräfterne ere bedre end för Operationen. Det fremstilles, at der kun er ringe Chancer for Exstirpation.

19/12. Efter Aftale tager hun nu hjem for at se, hvad hun kan udrette i sit Hjem.

Om *Urinens Forhold* henvises til Tabellen og Texten ovenfor.

Det ved Resektion fjärnede Nyreväv blev i Tilslutning til Operationen undersögt af Hr. Prof. GRAM, Opfinderen af »*Gram's Farvemetode*»; i et af Snittene fandt han en Plet, som han tydede som Koagulationsnekrose, og heri fandtes få Bakterier, tykke, korte Mellemting imellem cocci og Baciller; en svärere Form af parenkymatös eller interstitiel nephritis fandtes ikke, derimod påvistes i andre Snit enkelte Cylindre i nogle af Urinkanalerne.

Hr. Prosektor DAHL, der i April 1897 har undersögt flere, i altså omtr. 7 År opbevarede Balsampräparater, har i disse fundet talrige staphylococci, så vel i tubuli som i capsulæ Bowmanni. Epitelet kan man ikke bedömme, da det er fuldständig opklaret af Kanadabalsamen.

Om *Patientens senere Tilstand* kan jeg meddele, at hun af egen Drift besögte mig d. 29/11 1895, d. e. *omtr. 5 År efter Operationen*, for at meddele mig, at hun var fuldständig rask.

Hun var, som hun selv sagde, »blevet et andet Menneske». Hun passer sit Hus, arbejder en Del, syr også for at fortjäne Penge. Urineringen er normal. Cikatricen er smuk, uden Retraktion i Midten; ingen Fistel. Ved Palpation ömmer hun sig lidt.

Vilhelmine M.

Datum.	Urinmängde i Kcm.	Antal Gange pr Dögn.	Vägtfylde.	
September				
25	600	4	1020	Röde Blodlegemer, ingen andre Formelementer.
26	460	—	1023	
27	410	—	1026	
28	600	—	1022	
29	900	6	1011	
30	900	—	1012	Ved Henstand et let skyet Bundfald.
Oktober				
1	880	—	1013	
2	560	—	1020	
3	540	—	1025	
5	900	—	1013	Urinen sur, uden albumen.
6	890	—	1015	
8	800	—	1019	
9	780	—	1020	
10	1230	—	1020	
11	1600	—	1010	
12	900	5	1017	
16	210	—	1030	
18	1660	—	1013	Urin sur, uden albumen og Sukker; ingen Tuberkelbaciller eller andre Mikrober.
19	1500	—	1015	*Operation.*
20	260	—	—	Stärk Albumenreaktion, röde Blodlegemer, flere Urincylindre, dels hyaline, dels kornede; cocci.
22	610	3	—	Urinen sur.
23	1080	3	—	Urin uklar, ved HELLERS Pröve svag Albumenring.

Datum.	Urin-mängde i Kcm.	Antal Gange pr Dögn.	Vägt-fylde.	
Oktober				
24	1000	3	—	
26	1380	5	—	Urin sur.
27	900	3	—	Tydelig, men lös Albumenring.
28	1200	4	—	
29	1500	5	—	
31	900	4	—	Spor af albumen.
November				
3	1110	6	1011	Rp.: Acid. salicyl. 25 Cgm ter.
4	1000	3	1012	
5	2200	8	1012	
7	1100	6	1010	Urinen alkalisk (svagt), med Järnklorid intensiv violet. Cont. acid. salicyl. 25 Cgm ter.
10	1700	6	1008	Talrige Epitelceller, hvide Blodlegemer, ret talrige kornede Cylindre, mellemstore cocci i Käder.
11	1730	5	1010	Ved HELLERS Pröve ingen tydelig Albumenring.
12	1650	6	—	
14	1700	5	1010	
15	1800	5	1010	
16	1300	5	1015	
17	1100	5	1010	
18	1340	—	1013	Urin klar, uden Blod.
19	1800	—	1011	
20	1400	5	1011	Urin diffust uklar. Ved HELLERS Pröve ingen Albumenring.
22	1530	5	1000	Ved Henstand i Termostat bliver Urinen ammoniakalsk.
26	1750	6	1010	
27	1400	5	1011	
28	1900	3	1011	
29	1240	5	1015	Urin sur, klar, ved HELLERS Pröve ingen Albumenring.
30	1150	5	1011	
December				
1	1540	6	1012	
2	1200	5	1009	
3	1800	5	1010	

Datum.	Urin-mängde i Kcm.	Antal Gange pr Døgn.	Vägt-fylde.	
December.				
4	1630	5	1010	
6	1100	5	1006	Urin sur, uden albumen, sangvis og Sukker.
7	1240	—	1011	Seponat Salicylsyre. Urin sur, klar, bliver brunviolet med Järnklorid.
8	500	3	1020	
10	1650	6	1011	Urin ikke väsentlig forandret efter Seponering af Salicylsyre.
11	720	4	1010	
12	1240	5	1012	
13	1430	5	1010	
14	740	3	1012	
15	1300	6	1014	
16	1000	5	1015	
17	1200	5	1013	
18	900	5	1012	

(Fortsättelse i n:r 30.)

Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.

Om dissekerande hjärtanevrismer.

Patologisk-anatomisk afhandling.

Af

ARTUR VESTBERG.

Med 2 taflor.

Inledningsord.

Den 16 maj 1893 demonstrerade jag i Svenska läkaresällskapet ett fall af patologisk förändring, som jag betecknade såsom ett dissekerande hjärtanevrism. [81]) De undersökningar beträffande möjligheten och förekomsten af dissekerande anevrismer i hjärtat, som jag med anledning af detta fall hade påbörjat, har jag altsedan fortsatt på tider, som tjänstegöromål och andra behandlade uppgifter lemnat öfriga, altså med många och långa afbrott i arbetet. Dessa undersökningar hafva alt mer styrkt min uppfattning, att i människohjärtat förekommer en anevrismform, hvilken med hänsyn till sin patogenes — i mer eller mindre sträng analogi med de förut kända dissekerande kärlanevrismerna — bör betecknas såsom *dissekerande hjärtanevrism.* Jag hoppas i det följande kunna visa, att så verkligen är förhållandet, samt i någon mon klargöra de normalanatomiska betingelserna för dessa anevrismers uppkomst och lokalisation med däraf beroende varieteter.

Ur literaturen har jag samlat 59, som jag tror, hit hörande fall, hvilka tillsammans med mitt eget utgöra i alt 60 fall. Tyvärr äro icke alla dessa strängt bevisande för uppkomsten som dissekerande i den mening jag skall söka närmare precisera. Detta beror icke blott på en många gånger ofullständig

beskrifning af fallen, utan har till en del sin grund i det förhållandet, att gränserna för den i fråga varande anevrismformen gent emot andra på många punkter äro och måste vara diffusa. För att redan nu kunna skissera en möjligast fullständig bild af dessa anevrismers patologiska anatomi — och särskildt äfven i kroniska former samt just i deras öfvergångar till andra anevrismarter — har jag i kasuistiken jämte fall, som jag anser omöjliga att förklara annorlunda än såsom dissekerande, ansett mig böra upptaga äfven en del fall, hvilka vid sidan af denna tolkning inrymma möjlighet, om ock mindre sannolik, af ett annat uppkomstsätt. Antagligen ha väl också ibland subjektiva moment spelat in, så att fall kommit att inflyta, som en annan skulle uteslutit, och tvärt om.

De slutsatser beträffande patologien, som komma att dragas ur den föreliggande kasuistiken, kunna därför icke göra anspråk på mera än att lemna bidrag till en preliminär skissering af det dissekerande hjärtanevrismets patologiska anatomi.

Från en annan synpunkt kan mitt arbete betecknas som ett uppslag till en patologisk-anatomisk förklaring af en grupp hittils dunkla och — som det synes mig — delvis missuppfattade fall af hjärtanevrism. Det skall kanske föranleda beskrifvare af kommande fall att egna uppmärksamhet åt möjligheten, att de kunna vara dissekerande, och att mera omsorgsfullt granska dem från denna synpunkt. Om detta uppslag befinnes ega något bestående värde, torde det dissekerande hjärtanevrismets patologi sålunda i framtiden kunna grundas på en tillförlitligare kasuistik än den, som stått till mitt förfogande.

I.

Allmän öfversikt af de anatomiska förutsättningarna för dissekerande anevrismers uppkomst i hjärtat. Däraf beroende varieteter. Nödiga modifikationer i begreppet »dissekerande anevrism».

Med ett *dissekerande kärlanevrism* menas en abnorm blodförande kavitet, belägen inuti arterväggen och kommunicerande med kärlkaviteten samt uppkommen därigenom, att blodet efter ofullständig bristning inifrån af kärlväggen inträngt mellan ett inre och ett yttre lager af denna och i viss utsträckning lössprängt dessa lager från hvarandra, öppnande ett rum mellan dem. Att hjärtat icke skall vara synnerligt disponeradt att blifva säte för en patologisk bildning, som i allo motsvarar denna, företrädesvis från aorta närmare kända anevrismform, kan man vid en blick på organets byggnad lätt förstå.

Hjärtväggen är icke i samma utpreglade grad som arterväggen ordnad i ytparallela lager. De relatift mycket tunna vägglager, som motsvara kärlens intima och adventitia, endokardiet och epikardiet, sammanhänga i allmänhet mycket fast med myokardiet och detta vägglager, som — särskildt för kamrarna — ensamt utgör så godt som hela den motståndskraftiga väggen, utmärker sig alldeles icke för den ytparallela lagring af väfnaden som artermedia, inom hvilken vägghinna de dissekerande aortaanevrismerna företrädesvis uppkomma.

Endokardiet låter åtminstone i kamrarna knappast ens med konst fridissekera sig från muskelväggen [Sappey,[71]) s. 467; Henle,[22]) s. 5—6], och epikardiet sammanhänger nästan lika fast med dennes yttre yta (Sappey, a. st., s. 469) utom på de ställen, där det är rikare underbäddadt af fett, såsom i kärlfårorna.

Myokardiet har öfver hufvud taget en så ringa antydan till verklig lagring med isolerade skikt, att dess uppbladande alltid erbjudit anatomerna de största svårigheter. De muskelstråk, som skiljas på olika trådriktningar, bilda inga slutna faskiklar, som fullständigt afgränsas genom luckrare bindväfssepta, utan förbinda sig intimt med hvarandra genom tråd-

utbyte och genom de för hjärtmuskulaturen egendomliga anastomoserna mellan muskelelementen — frånsedt muskelstråkens i allmänhet icke ytparallela utan inveckladt omflätade förlopp (SAPPEY, a. st., s. 462; HENLE, a. st., s. 46). En verklig dissektion af myokardlager från hvarandra i någon utsträckning, utan slitning af muskelelement, kan sålunda hvarken med konst utföras eller tänkas uppkommen genom en patologisk process. *Så* strängt får man emellertid icke taga uttrycket »dissekerande» i fråga om de med detta epitet betecknade anevrismerna. Liksom rupturen af två medialager från hvarandra — på olika djup i olika delar af det förändrade kärlväggsområdet — ingalunda är någon dissektion i sträng mening, fordrar analogien att en tilläfventyrs inom myokardiet på likartadt sätt uppkommen anevrismkavitet mellan två visserligen rätt artificielt skilda lager i väggen betecknas med det för artererna häfdvunna namnet. Endast i den meningen är ett dissekerande anevrism af något omfång *inom myokardiet* tänkbart.

Till dessa rent strukturela svårigheter för uppkomsten af ett dissekerande anevrism i hjärtväggen kommer ytterligare en *fysiologisk*, som icke förefinnes beträffande artererna. Den kraft, som i de senares vägg åstadkommer lössprängningen af vägglagren från hvarandra, är det intravaskulära trycket i samma kärl, hvars inre vägglager brustit. Där kan det yttre vägglagret ge efter för detta tryck och aflägsnas från det inre, då blodet endast har det yttre lagrets passiva mottryck, dess elastiska spänning, att öfvervinna, under det att källan för blodtrycket ligger på annat håll. Icke så vid ofullständig ruptur inifrån af en hjärtkavitets muskulösa vägg. Här ligger källan för blodtrycket inifrån i väggens egen kontraktion, och det obrutna yttre muskellagret måste under kavitetens systole med kraften af sin elastiska spänning + sin kontraktion pressas mot det inre vägglagret och hindra blodtrycket att spränga dem isär, så vida icke blodtrycket på grund af hela kavitetväggens samfälda kontraktion är så mycket starkare än detta lokala mottryck från det obrutna vägglagret, att det förmår öfvervinna detta + koherensen mellan vägglagren. Om detta icke är alldeles omöjligt, hälst då ett jämförelsevis tunnt yttre muskellager återstår obrutet, måste detta förhållande likväl vara ett försvårande moment för uppkomsten af ett dissekerande anevrism inom hjärtats muskelvägg, jämförd med arterväggen.

Ännu säkrare synes samma förhållande böra förekomma uppkomsten af ett anevrism *mellan endokardiet och myokardiet eller mellan lager af det förra*, där detta på grund af strukturen annars vore möjligt, såsom i förmaken, där endokardiet är mäktigare och äfven mera dissekerbart från muskelväggen liksom mera delbart i skilda lameller (HENLE, a. st., s. 5, LUSCHKA[43]), eller i kamrarna vid en patologisk förtjockning af endokardiet, tilläfventyrs förbunden med en sekundär uppluckring af dess sammanhang med myokardiet. Då man icke kan föreställa sig, att endokardiet efter sin bristning och lösskalning kunde väsentligt inbuktas i hjärtkaviteten, där samma tryck råder som det, hvilket utifrån skulle framkalla inbuktningen, så måste den nybildade kaviteten i detta fall kunna uppkomma så godt som endast genom partiel utbuktning af hela det obrutna myo- och epikardiet. Detta vore väl tänkbart endast under förutsättning, att endokardiets bristning inträffat på en punkt, där myokardiet vore särskildt svagt — normalt eller patologiskt — eller rent af defekt, såsom förhållandet kan vara i delar af förmaksväggen.

Fortfarande under förutsättning — i analogi med de dissekerande aortaanevrismernas patogenes — af en ofullständig ruptur inifrån af den fria väggen till en hjärtkavitet återstår det att pröfva möjligheten af ett dissekerande anevrisms uppkomst *mellan myo- och epikardiet* eller mellan lager af det senare. I allmänhet torde man väl på förhand kunna antaga som alldeles visst, att det normala epikardiet vid direkt ruptur af de innanför detta liggande vägglagren ej skall ega resistens nog att ensamt uppbära det systoliska trycket, särskildt i vänstra kammaren, där den spontana hjärtväggsrupturen är ojämförligt vanligast. Om dess i allmänhet intima sammanhang med myokardiet är förut taladt. Äfven detta gör ett genombrott sannolikare än ett lösskalande af epikardiet. Endast vid en abnorm förtjockning af epikardiet, hälst tillika med sammanväxning af båda hjärtsäcksbladen, låter det lättare tänka sig, att en för öfrigt total hjärtruptur häjdas vid perikardiet, och att det senare af blodtrycket hällre friskalas från myokardiet än brister, hvarigenom ett dissekerande hjärtanevrism skulle uppkomma. I själfva verket synes under de gjorda förutsättningarna denna möjlighet sannolikast.

För enkelhets skull har till en början förutsatts, att anevrismet skulle bildas genom det systoliska trycket i den kon-

traherade hjärtkaviteten. Emellertid låter det ju också tänka sig, att en travmatisk tryckstegring i en hjärtkavitet medförde en ofullständig ruptur af inre vägglager, och att blodet af samma orsak inträngde mellan den slappa kavitetväggens lager under dess diastole, och sålunda ett dissekerande anevrism komme till stånd på samma passiva sätt som i arterväggen. Dock synes en travmatisk väggruptur snarare böra bli total med ens. Den abnorma tryckstegring, som framkallat rupturen, kan nämligen icke utjämnas förr än det osammantryckbara blodet vunnit ökadt utrymme (t. ex. i hjärtsäcken), och svårligen kan detta supplementärrum vid ett momentant våld beredas genom ett jämförelsevis skonsamt friskalande och utspännande af ett yttre vägglager (t. ex. epikardiet) öfver en kavitet, hvars vanliga inre tryck detta lager dessutom sedan skulle kunna uthärda.

Lägges nu härtill den större resistensen hos den nästan uteslutande muskulära hjärtväggen, i förhållande till det tryck den har att uthärda, samt sällsyntheten af ulceröst-destruktiva processer i det parietala endokardiet och de inre hjärtväggslagren i allmänhet — i jämförelse med motsvarande förhållanden i aorta —, så kan det icke förvåna, att dissekerande anevrismer i hjärtväggen, fullt analoga med arterernas, knappast äro kända.

Alt sedan BRESCHET [6]) skref det första sammanfattande arbetet om partiela hjärtanevrismer och tenderade att förklara dem alla bero på inre, ofullständig ruptur af hjärtväggen, har väl denna förklaring af många akcepterats för en del af de akuta vägganevrismerna. Men härvid synas BRESCHET och andra icke hafva uppfattat rupturen såsom utgångspunkt för ett dissekerande framträngande af blodet, utan låtit hålan uppkomma genom en sukcessiv allsidig dilatation af rupturöppningen och tänjning af den förtunnade väggen utanför denna.

För min del har jag i literaturen ej lyckats påträffa mer än *ett enda fall af hjärtanevrism, som jag anser vara bevisligen fullt analogt med de dissekerande aortaanevrismerna.* Det var, liksom det stora flertalet af dessa, mera en dissekerande ruptur, som snart blifvit fullständig och dödande, än ett utbildadt anevrism. Fallet är beskrifvet af HILL (kas. n:r 52) som »dissecting rupture of the heart». Rupturen var spontan, och blodet hade i betydlig utsträckning uppdissekerat högra förmakets vägg i två skilda lager samt bildat en kavitet mellan

dessa, innan det genombröt äfven det yttre af dem. Den primära rupturen omfattade endokardiet och en del af myokardiet, alldeles som intima och en del af media först pläga genombrytas i aorta. Ett fall af kroniskt, partielt anevrism i vänstra kammarens vägg är beskrifvet af CORVISART (kas. n:r 48), hvilket jag tror svårligen kunna förklaras på annat sätt än som dissekerande. Enligt C. låg kaviteten mellan myokardiet och viskerala perikardiet. Härtill kommer ytterligare några fall, där kaviteten till en del synes ha legat mellan myo- och epikardiet, men hvilka jag af vissa skäl föredrager att nämna i annat sammanhang.

Dessa få och till en del osäkra fall af mera fullständig öfverensstämmelse med de dissekerande aortaanevrismerna skulle icke berättiga mig att uppställa det dissekerande hjärtanevrismet som en särskild form, om jag icke hade andra skäl därtill. Jag anser nämligen, att hjärtats komplicerade byggnad möjliggör flere och till en del helt andra former af anevrismer, som måste betraktas såsom dissekerande, än den jämförelsevis enkla kärlväggen. När namnet dissekerande anevrism öfverflyttas på hjärtats område, måste därför det begrepp, man bildat sig därom vid studiet af kärlanevrismerna, utvidgas och delvis modifieras. Det väsentliga och bestående i begreppet är, att anevrismkaviteten bildas genom särskiljande af väfnadslager, som normalt äro förenade med hvarandra.

Den första modifikation af begreppet, som hjärtats byggnad nödvändiggör, är att den primära inre rupturen ej ovilkorligen måste vara direkt, d. v. s. utgå från just den hjärtkavitet, i hvars vägg anevrismet ligger, då hjärtat i olikhet med aorta är flerrummigt.

Det är — delvis af praktiska skäl — till och med nödigt att icke ens hålla på att utgångspunkten skall ligga i någon hjärtkavitet. Det väsentliga är, att anevrismkaviteten skall bildas — fullständigt eller hufvudsakligt — af från hvarandra friskalade väfnadslager som tillhöra hjärtat. Den primära rupturen, anevrismets mynning, kan ligga antingen i en hjärtkavitet eller t. ex. i botten af en sinus Valsalvæ aortæ. Då denna del af sinusväggen, såsom HENLE visat, strukturelt mera tillhör hjärtat än aorta, ligger i detta medgifvande knappast något oegentligt. Efter perforation af denna sinusvägg kan blodet från aorta intränga mellan normaliter förenade hjärtväfnadslager och mellan dessa bilda anevrismhålor, alldeles kongru-

enta med dem, som uppstå vid genombrott af ettdera af dessa lager. Det vore, enligt min uppfattning, alldeles oberättigadt att i den speciela patologien skilja dessa två identiska processer på samma plats genom olika benämning, därför att utgångspunkten är något olika, hälst då äfven orsaken till genombrottet i båda fallen kan vara alldeles den samma, en endokardit i aortaklaffarna.

Mera tveksam blir man om terminologien, när en perforation ligger högre upp i den verkliga aortaväggen, men blodet nedträngt och dissekerat upp lager, tillhöriga hjärtat, och i synnerhet om genombrottet är sekundärt till en större anevrismbildning i aorta. Om jag i det följande kommer att räkna med till dissekerande hjärtanevrismer äfven ett par sådana fall, så sker det med erkännande, att detta är från teoretisk synpunkt måhända mera oegentligt.

Genom denna utvidgning af begreppet dissekerande hjärtanevrism tillkomma ytterligare först och främst några fall till de redan antydda af sådana anevrismer *i hjärtats fria ytterväggar* (kas. 49—51). Men därmed är ämnet ingalunda uttömdt. Denna form, som närmast liknar arterernas, är tvärtom den sällsyntaste bland de anevrismer, jag vill räkna till hjärtats dissekerande. I motsats till de följande vill jag beteckna anevrismer af den nu berörda gruppen *parietala.*

Det är uppenbart, att de dissekerande vägganevrismer i hjärtat, som ha sin utgångspunkt i sinus Valsalvæ och sålunda bildas genom blodtrycket i aorta under hjärtats diastole, äro oberoende af den fysiologiska inskränkning i utvecklingsmöjligheten, hvilken ofvan påpekades som följd af hjärtväggens själfständiga kontraktion.

Detta är också i högre eller lägre grad förhållandet med de följande formerna, där anevrismet icke ligger i en fri yttervägg af hjärtat.

Kasta vi först en blick på förhållandet vid hjärtats muskulösa skiljeväggar, så bestå dessa af tvänne mer och mindre fullständigt sammansmälta vägglager, tillhöriga hvar sin af de båda angränsande kaviteterna. För så vidt hvardera kavitetens andel i septum tillsammans med samma kavitets fria vägg hvar för sig kontraherar sig mot sitt centrum, skulle de båda septalhalfvorna under systole sträfva att aflägsna sig från hvarandra, om de icke till ett helt sammanhölles af trådutbyten och muskelanastomoser samt pressades mot hvarandra af den

för det samtidigt kontraherade kavitetparet gemensamma muskulaturen. Det är i och för sig icke otänkbart — och erfarenheten bekräftar det — att dessa sammanhållande och isärdragande moment så hålla hvarandra i jämnvikt, att en från endera sidan i det inre af septum, särskildt kammarseptum, inträngd blodkvantitet under systole verkar som en sprängkil mellan båda septalhalfvorna och öppnar en abnorm kavitet, ett falskt anevrism, mellan dem. Lättast bör detta kunna inträffa, om genombrottet skett från vänstra kammaren, då det inträngande blodets tryck är högre än vid motsatt förhållande.

Sådana fall, alla utgångna från *vänstra* kammaren, äro beskrifna bl. a. af KIDD (kas. 36) och THOMPSON (kas. 32).

Ännu lättare synes det inträngande blodet kunna uppklyfva kammarseptnm under diastole, då utgångspunkten för genombrottet är en sinus Valsalvæ aortæ. Vackra exempel härpå erbjuda bl. a. fall beskrifna af PICK och af KIDD (kas. 30 o. 37). Några exempel finnas äfven på ett möjligen likartadt isärskiljande af förmaksskiljeväggens blad. Då emellertid samtliga hit hörande fall — möjligen med undantag af THOMPSONS (som delvis synes öfvergått till den förut nämnda *parietala* formen) — samtidigt torde falla under en annan ännu ej omtalad kategori af dissekerande hjärtanevrismer, skall jag nu ej vidare beröra dem.

Till skilnad från öfriga grupper vill jag beteckna de nyss nämnda anevrismerna (med läge mellan två septalblad) såsom *septala* dissekerande hjärtanevrismer. Naturligtvis gäller äfven för dessa den förut — på tal om det parietala myokardiet — gjorda anmärkningen, att ordet »dissekerande» får tagas cum grano salis.

En tredje möjlighet för uppkomsten af dissekerande hjärtanevrismer erbjuda klaffarna. Dessa uppbyggas i hufvudsak af tvänne med hvarandra sammanlödda endokardiilameller. Under normala förhållanden är denna sammanlödning i allmänhet mycket fast. Dock säger HENLE (a. st., s. 13): »i själfva verket lyckas det på vertikala genomsnitt — — af atrio-ventrikularklaffarna att draga i sär vidfästningsranden eller basen kortare eller längre sträcka i tvänne genom lucker bindväf sammanbundna lameller, hvilka längre fram mot den fria randen oskiljbart sammansmälta med hvarandra.» Och om semilunarklaffarna heter det hos samme auktoritet: »så vidt semilunarklaffarna uppspringa från kammarväggen, låta de i ur-

sprunget och en kort sträcka därifrån klyfva sig i två genom lucker bindväf förbundna plattor. Den del, som uppspringer från arteren och dess rot, är däremot redan från ursprunget en fast bindväfsplatta.»

Under patologiska förhållanden (akut endokardit) kan äfven i de fastare delarna sammanhanget betydligt uppluckras och till och med abscesser bildas mellan båda bladen. Det fordras då blott, att blodtrycket på något sätt får tillfälle att verka inom »det potentiela mellanrummet» mellan klafflamellerna, för att detta skall utspännas till en anevrismkavitet. Detta kan ske från vänstra kammaren genom inbrott in i mitralis (kas. 53 o. 55) eller genom perforation af pars membranacea septi vid mediala trikuspidalflikens fäste (kas. 58, 59) eller ock från aorta in i en semilunarklaff (kas. 54, 60). Från sinus Vals. kan blodet äfven bana sig väg in i främre mitralfliken och slita sammanhanget mellan dess lameller samt bilda ett anevrism mellan dem (kas. 57).

De intrakordiala tryckförhållandena sätta intet oöfvervinnerligt hinder för anevrismets utbildning. Vid utgångspunkt i vänstra kammaren och läge i mitralis samt vid utgång ur sinus Vals. och läge i en aortaklaff föreligga samma tryckförhållanden som vid vanliga klaffanevrismers bildning. Under klaffslutning ger den ej perforerade lamellen efter, utbuktas och skiljes från den perforerade, i det blodet intränger mellan båda. Anevrismets riktning lyder den kända lagen. Det beror säkerligen på särskilda predisponerande moment (varig infiltration mellan lamellerna, uppluckring af sammanhanget), då undantagsvis ett sådant uppklyfvande af klaffen inträffar vid direkt genombrott af den ena lamellen. Dock torde det kunna sättas i fråga, om ej vid akuta klaffanevrismer med trång mynning i förhållande till säckens vidd detta uppkomstsätt stundom blifvit förbisedt. En enkel uttänjning af den ej perforerade lamellen blott inom ulcerationens utsträckning bör ej kunna ge upphof till någon större säck; därtill är väfnaden vid en akut endokardit knappast nog seg.

Vid utgångspunkt i vänstra kammaren för trikuspidal- och i synnerhet vid utgång ur aorta för mitralanevrismer är möjligheten af *båda* lamellernas utbuktning, den ena mot förmaket, den andra mot kammaren, naturligtvis mera oförhindrad.

Det är visserligen något oegentligt att kalla sådana anevrismer »dissekerande», där kaviteten ej enbart bildas genom det inträngande blodets tryck, utan är mer eller mindre preformerad genom en föregående suppuration mellan lamellerna. Emellertid tror jag, att det icke är praktiskt utförbart att skilja de på sådant sätt uppkomna klaffanevrismerna från mera egentligt dissekerande fall, där klaffens klyfning genom blodet föregåtts endast af en ringare grad af destruktiv uppluckring mellan lamellerna eller kanske varit underlättad till och med blott af ett individuelt luckrare sammanhang utan föregående patologisk process i klaffens inre. Sannolikt utsträcker väl också blodet efter abscessens bristning »dissektionen» mellan lamellerna något utöfver gränserna för den ursprungliga abscessen, hälst som bindväfven mellan lamellerna alltid torde vara uppluckrad genom ödem och rundcellinfiltration i omgifningen af den akuta abscessen. I alla händelser är det här fråga om ett »dissekerande» förlopp enligt antaget patologiskt språkbruk, vare sig det är inflammationen eller blodtrycket, som utfört »dissektionen», och denna synpunkt torde i någon mon minska olägenheten af det ej fullt korrekta i uttrycket. Bättre än »dissekerande» vore nog för dessa klaffanevrismer — och kanske för de här afhandlade hjärtanevrismerna i allmänhet — uttrycket *interstitielt* anevrism, som någon gång användts för de dissekerande kärlanevrismerna och en gång äfven för ett hit hörande hjärtanevrism (MAGUIRE[46]). Men då detta namn hvarken i fråga om kärlanevrismerna eller beträffande de hjärtanevrismer, hvarom fråga är, blifvit allmännare antaget, har jag föredragit att som hufvudbenämning behålla det mera kända uttrycket och blott som synonym ibland användt det andra.

Äfven i patogenesen för de öfriga formerna af den förändring, jag här sökt sammanfatta under benämningen dissekerande hjärtanevrism, torde abscessen spela en rol. Och i köttiga hjärtdelar, som kammarseptum — där särskildt POTAIN [62]) framhållit abscessen som orsaksmoment för dissekerande anevrismer —, torde denna rol mera afvika från begreppet dissekerande än i bindväfven mellan de seniga klafflamellerna. Det är alldeles icke min afsikt att till de dissekerande räkna hvarje akut hjärtanevrism, som kan hafva uppkommit ur en muskelabscess med insmältning af ett större eller mindreköttparti. Men detta är en af de punkter, där en skarp gräns för det dissekerande anevrismet åtminstone för närvarande ej låter

sig draga. Möjligen blir uppfattningen af en del septala fall som dissekerande härigenom något hypotetisk.

Jag har i den föregående öfverblicken af de anatomiska förhållandena kommit att skilja på 3 slag af dissekerande hjärtanevrismer, det *parietala*, det *septala* och det *valvulära*, samt med exempel från min kasuistik sökt antyda, i hvad mon de verkligen förekomma. Det återstår en fjärde form, som jag till skilnad från de föregående vill kalla *interparietal*. Med afsikt har den blifvit sparad till sist, ehuru nära sammanhängande med och delvis oskiljbar från den septala, emedan dess förstående förutsätter ett utförligare ingående på den normala anatomien af det hjärtparti, där den förekommer. Denna anatomiska framställning, som följer i nästa afdelning, skall söka ådagalägga, att det finnes ett parti af organet, där väggytor, som till största del tillhöra hjärtat, äro luckert sammanvuxna med hvarandra (utan att sammansmälta till septa). Det är mellan dessa väggytor den — enligt hvad jag kunnat finna — vanligaste formen af dissekerande hjärtanevrismer förekommer. Därför kunna anevrismer af denna form lämpligen betecknas som interparietala.

Söker jag med hänsyn till de förut gjorda modifikationerna i begreppet dissekerande anevrism ge en definition, som omfattar de olika i hjärtat förekommande formerna däraf, skulle den väl lyda ungefär så: *ett dissekerande hjärtanevrism är en med hjärtat själft eller början af aorta kommunicerande patologisk kavitet, uppkommen genom ett af blodtrycket betingadt särskiljande från hvarandra af väfnadslager, tillhöriga hjärtat.*

Från teoretisk synpunkt är det en oeftergiflig fordran, att dessa anevrismer skola anläggas som interstitiela blodkaviteter, från början saknande egen vägg, i viss mon motsvarande den gamla benämningen *aneurysma spurium primitivum* (l. *diffusum*). Men lika väl som ett dissekerande aortaanevrism kan ett motsvarande hjärtanevrism öfvergå till kroniskt och få en mera själfständig, sekundärt bildad vägg (blifva ett *aneurysma spurium consecutivum* l. *circumscriptum*). I detta stadium är det väl icke alltid möjligt att skilja ett dissekerande hjärtanevrism från ett vanligt anevrism med samma läge, utgånget ur hjärtat eller aorta. Stundom har det kanske från början varit ett litet vanligt anevrism, som genom sin bristning gifvit upphof till det nuvarande, dissekerande anevrismet. Äfven

häri möter en svårighet att i verkligheten begränsa, hvad som hör till det dissekerande hjärtanevrismet, en svårighet som tvungit mig att utesluta literaturfall, hvilka möjligen hört hit, och som kanske icke håller alltid är lyckligt öfvervunnen i fråga om de fall, jag ansett mig böra taga med.

II.

Anatomisk undersökning af ett för dissekerande anevrismers uppkomst särskildt disponeradt hjärtparti. »Spatium peri-aorticum cordis».

Som bekant afviker hjärtsäcken däruti från andra serösa organhöljen, att dess omslagsrand vid öfvergången från det viskerala till det parietala bladet icke bildar en i sig själf sluten linie, omskrifvande en enkel port för de till och från organet löpande kärlen. Epikardiet öfver hjärtats kammardel har tvänne från hvarandra skilda förlängningar, som mötas först vid bådas öfvergång i det parietala bladet. Den ena bildar en sluten skida kring de båda arteriela stammarna, den andra bekläder förmaken och venstammarna, för så vidt dessa ega serös beklädnad. Mellan båda dessa förlängningar af det viskerala bladet upp till deras nyss nämnda mötesställe ligger den åt båda sidor mot hjärtsäckskaviteten öppna *sinus transversus pericardii* som en återstod af den embryonala hjärtslingans konkavitet. Botten af denna sinus har formen af en smal ränna, bildad af det viskerala bladet, där detta löper ut åt två håll i de båda förlängningarna. Då aorta ligger bakåt i den främre och förmaken framåt i den bakre förlängningen, kan detta äfven uttryckas så, att botten för sinus pericardii bildas genom perikardiets öfvergång från aortas bakre till de båda förmakens främre yta. Skedde nu denna öfvergång så djupt ned som i själfva ursprungsvinkeln mellan båda, så skulle å ena sidan förmakens framväggar å den andra aortas bakre omfång i sina intraperikardiala partier vara hvar för sig fullständigt beklädda af serosa och vetta fritt mot hjärtsäckskaviteten. Så är emellertid icke förhållandet. Öfvergången af serosan från aorta till förmaken sker längs en linie, som på båda ligger ett stycke ofvanför ursprungsvinkeln. I stället för att tränga ned till denne tager perikardiet en genväg och slår en brygga

mellan båda väggarna. Den nedersta delen af förmakens framväggar och motsvarande del af aorta sakna således serös beklädnad och ligga emot hvarandra — dock ej omedelbart, utan skilda af ett lager lucker, fettförande bindväf, som utfyller mellanrummet upp till perikardiibryggan. Denna brygga, som är botten för sinus pericardii, är således på samma gång tak för en bindväfsficka närmast kring aortaroten. Fickan kan vara mycket smal, så att den bildar endast ett tunnt, anlödande bindväfslager mellan väggarna, men blir genom inlagradt fett ofta bredare, i synnerhet i vinkeln mellan båda förmaken. Dess bredd liksom dess höjd varierar efter hjärtats rikedom på fettväf. I längd sträcker den sig så långt, som aortaomfånget gränsar till förmakens sinus, för att efter ett afbrott vid kransarterens utlopp på hvardera sidan fortsättas af ett liknande bindväfsrum mellan aorta och conus art. dexter.

Där det nu angifna sammanhanget med högra förmaket åt höger upphör, börjar aorta täckas af conus arteriosus dexter, som i sned stigning svänger sig från dess högra öfver dess främre till dess vänstra omfång för att där öfvergå i arteria pulmonalis. Aortas sammanhang med conus dexter fortsättes uppåt och till vänster af sammanväxningen med arteria pulmonalis. Så långt aortaväggen ligger mot den köttiga conus, är sammanhanget därmed analogt med förhållandet till förmaken nedanför den nämnda perikardiibryggan. Förbindelsen sker äfven här genom en ytterst lucker, oftast fetthaltig bindväf. På båda hållen kan den sammanbindande väfnaden med lätthet klyfvas, så att väggytorna blifva fria. Vida segare är sammanhanget högre upp mellan aorta och lungarteren, hvarföre gränsen uppåt för en lätt utförd naturlig friskalning af de anlödda ytorna vanligen sammanfaller med den köttiga conus' öfvergång i lungarterväggen. På högra sidan om denna öfvergångslinie bildas den öfre gränsen för bindväfsspricken mellan conus och aorta af epikardiet. Detta slår här öfver rännan mellan bådas fria ytor en af fettväf starkt underbäddad och i en mängd plicæ adiposæ lyftad brygga, motsvarande perikardiibryggan öfver fickrummet mellan aorta och förmaken.

Sammanläggas de båda nu omtalade fickrummen, så befinnes aorta vid sitt ursprung till en viss höjd rundt om dess omkrets (med undantag för kransarterernas utträdesställen) vara omgifven af ett vertikalt sprickrum, fyldt med lucker, åtminstone delvis fetthaltig bindväf, utåt begränsadt af för-

maken och conus art. dexter, uppåt slutet till största del af perikardiet, till en mindre del af den fastare sammanväxningen mellan aorta och lungarterstammen.

Detta bindväfsrum är predilektionsstället för de dissekerande hjärtanevrismerna och platsen för den vanligaste formen af dessa den *interparietala*, som jag vill kalla den, då dess kavitet uppkommer genom särskiljande af de rummet bildande hjärt- och aortaväggytorna. På grund af denna patologiska betydelse hos i fråga varande bindväfsspricka (och med särskild hänsyn till dess utvidgbarhet) vill jag benämna den *spatium periaorticum cordis*. För att i det följande undvika omskrifningar skola dess båda afdelningar benämnas: *förmaksdelen* (*spatium atrio-aorticum*) och *conusdelen* (*spat. cono-aorticum*).

Dessa båda afdelningar begränsas från hvarandra af de båda kransartterernas utloppsvägar från aorta till hjärtytan. Den periferiska väggen för spatiet är här nämligen afbruten, så att detta sammanhänger till höger med hjärtats kransfåra under högra hjärtörat, till vänster med kransfåran och främre längdfåran under v. hjärtörat och art. pulm. Dessa spatiets utmynningsställen kunna för korthets skull benämnas dess *högra och vänstra öppning* (*apertura spatii dextra et sinistra*). I båda aperturerna kring kransartärerna ökas fettmassan i ansenlig grad, och bindväfven antager samma beskaffenhet som i hjärtytans kärlfåror, den blir mera seg och resistent än i det egentliga spatiet. Den högra aperturen bildar en lång och vid sin botten jämförelsevis smal bresch i rännan mellan conus dexter och högra förmaket, den vänstra bildar en kort men bred passage mellan v. förmakets sinus och conus art. dexter vid dennes öfvergång i art. pulmonalis, som i sitt horisontala förlopp täcker aperturen. Till följd af conus-pulmonalis-axelns starka lutning mot aorta, måste den del af spatiets tak, som bildas af sammanväxningen mellan art. pulm. och aorta samt följer linien för den förras öfvergång i conus dexter, slutta brant åt vänster, hvarigenom mynningsstället för spatiets conusdel till vänstra aperturen mer eller mindre starkt förtränges. Denna under kärlens sammanväxningsytor belägna, mot vänster förträngda (stundom rent af afstängda) änddel af spat. cono-aorticum kan lämpligen benämnas *isthmus spatii*.

Jag har icke funnit det nu omtalade spatiet beskrifvet i de anatomiska handböckerna, och då dessas framställning af det i fråga varande hjärtpartiets anatomi icke är tillräcklig för

att ge en klar uppfattning af de här förekommande anevrismerna, har jag anstält undersökningar på hjärtpartiet i fråga. Resultatet af dessa har jag i det föregående kort skisserat, men för förståendet af de i spatiet förekommande falska anevrismernas patogenes och anatomi blir det nödigt att något utförligare ingå på dess topografiska förhållanden. Innan jag gör detta, torde jag böra förutskicka några ord om tillvägagångssättet för min undersökning i denna del.

Med afseende på utgångspunkten för i fråga varande patologiska bildningar från sinus Valsalvæ aortæ och angränsande del af vänstra kammaren är det företrädesvis af betydelse att lära känna spatiets läge och utbredning i förhållande till aorta och kammaren, eller med andra ord att känna det område af deras väggar, där en diskontinuitet kan öppna väg för dessa kaviteters under högt tryck stående blod in i det preformerade spatiet och sålunda bli utgångspunkt för ett dissekerande anevrism i detta.

För att bestämma läget af bindväfsfickans öfre gräns i förhållande till aorta gick jag så till väga, att jag på hjärtan (som på vanligt sätt uppskurits vid obduktionerna) — med möjligaste undvikande af delarnas inbördes förskjutning — från den spatiet täckande perikardiirännans botten på täta afstånd instack nålar vinkelrätt genom aortaväggen. Jag fullföljde denna markering med nålar rundt om den uppklipta aorta, således icke blott i den nyss nämnda rännan (öfver förmaksdelen) utan äfven öfver kransartärernas ursprung (spatiets aperturer) och i nivå med perikardiibryggan mellan aorta och conus dexter (conusdelen) så långt som till den senares öfvergång i art. pulmonalis. Nedre gränsen för det intimare sammanhanget mellan de båda arterstammarna (öfre gränsen för isthmusdelen af spatiet) sammanfaller ungefär med pulmonalklaffarnas vidfästningsränder, hvilka på samma sätt med nålar, införda från den öppnade lungarteren, utpunkterades i aorta, för så vidt de föllo inom sammanväxningsytan mellan kärlen. Strängt taget går öfvergångslinien mellan den köttiga conus och lungarteren utvändigt litet ofvanför de djupare delarna af klaffarnas vidfästningsränder, hvarför också spatiet, som följer conusmuskulaturen, uppskjuter något utanpå väggen för lungarterens klaffsinus. Med denna lilla korrektion kunde jag på de inskjutande nålspetsarna i den uppklipta aorta direkt afläsa öfre gränsen för bindväfsspatiet rundt om kärlet, såsom den t. ex. finnes framstäld på bild 16 (lin. *a'aa*). Sedan utpunkterades på enahanda sätt utifrån gränsen mellan båda förmaken (sept. atriorum) (bild 16, *s. a.*). Efter dessa markeringar genomkliptes perikardiibryggan öfver spatiet och lossades pulmonalarteren från aorta, hvarefter spatiets väggar varsamt fridissekerades från hvarandra ända ned till dess botten, där båda väggarnas ursprung distinkt framträdde. Från bottenranden infördes nu nålar vinkelrätt genom den tunna innerväg-

gen, och sålunda erhöls i aorta, resp. vänstra kammaren, en till läge och form exakt afbildning af spatiets nedre gräns (bild 16, *bb*).

Jag har på detta sätt preparerat omkring ett 70-tal färska hjärtan från personer af olika åldrar och kön, dock hufvudsakligen fullvuxna. I alla dessa fall har spatiet funnits och med individuela växlingar i utbredning såväl uppåt som nedåt i hufvudsak erbjudit de förhållanden, som förut äro i korthet angifna och strax skola utförligare framställas. I 50 af dessa fall har jag, så noggrant jag kunnat, aftecknat det uppklipta hjärtpartiets inre — nedre delen af aorta med klaffapparaten och vänstra kammarens aortadel med främre mitralflikens öfre parti — i naturlig storlek och på skissen infört alla de med nålar punkterade linierna med omsorgsfullt iakttagande af deras lägen till hvarandra och till den afbildade ytans naturliga bildningar, specielt klaffapparaten. Skissen af hjärtinteriören har jag alltid tagit på förhand, innan något annat ingrepp än det nödvändiga uppklippandet af hjärtat företagits, och därefter omedelbart inlagt på teckningen de särskilda projektionslinierna, i mon som de med nålarna markerats. Viktigare utgångspunkter har jag därvid bestämt genom mätning och i öfrigt kontrollerat de med ögonmått bestämda afstånden, så ofta jag funnit det behöfligt. I de 50 kopior jag sålunda skaffat mig af lika många på ofvan beskrifna sätt preparerade — normala eller i detta afseende oväsentligt förändrade — hjärtan har jag ett lätthandterligt och i alt väsentligt pålitligt material för bedömande af det i fråga varande bindväfsrummets utbredning i förhållande till aorta och kammarväggen. Bild 16 återger en af mina sålunda vunna hjärtskisser.

För att erhålla en bättre insikt om bindväfsrummets naturliga form, än på denna väg kan vinnas, och för att utesluta de vid det nyss nämnda preparationssättet möjliga förskjutningarna af de spatiet begränsande delarna har jag emellertid studerat det samma äfven på härdade hjärtan. Till det yttre möjligast normala hjärtan, som utskurits hela ur liken med så långa vidhängande kärlstumpar som möjligt, fyldes med MÜLLERs vätska eller formalin, hvarefter det väl utfylda hjärtats kärl underbundos eller tillslötos med korkar. Hjärtat inlades i samma vätska som det innehöll, och fick ligga däri, tils väggarna styfnat tillräckligt för att behålla sin form, hvarefter kärlmynningarna öppnades, och hjärtat fyldes med och nedsänktes i stark sprit för efterhärdning. Så konserverade hjärtan användes för vertikala och horisontala snitt genom spatiet. I förra fallet utskars det parti, som innehåller det i fråga varande bindväfsrummet, och uppdelades genom längdsnitt, lagda i radiär riktning från aortaaxeln genom den centrala och periferiska väggen för spatiet samt angränsande delar, så att hvarje snittplan ungefär vinkelrätt afskar det ringformiga spatiet. På detta sätt erhöls en serie kilformiga bitar med aftrubbad inre kant, motsvarande aortaväggen och dess fortsättning i v. kammaren, samt yttre bas, bildad af de omgifvande kaviteternas närmaste väggar. De kilformiga bitarna från några hjärtan inbäddades i celloidin och skuros på mikrotom så, att några öfversiktssnitt för makro- och mikroskopisk undersökning erhöllos från den ena sidan af hvarje kil. I kanadabalsam inlagda (med hematoxylin + eosin färgade) snitt från en fullständig serie af sådana

bitar ligga till grund för bild. 1—14, som äro noga kalkerade efter snitten. Endast så många snitt äro afteckuade, som behöfvas för att återge spatiet i dess hufvudsakliga formförändringar och i dess olika begränsning under förloppet kring aorta, hvarför snitten delvis ligga på olika afstånd från hvarandra, mätt utefter aortas periferi. Deras lägen angifvas af de vertikala linierna med bild. 1—14 motsvarande sifferbeteckning på bild 15. Denna bild är ritad efter samma hjärta på så sätt, att ytorna af de aftrubbade inre kanterna på de kilformiga bitarna (= deras aorta- och kammarytor) äro kopierade och lagda i ett plan intill hvarandra i naturlig följd. Man erhåller därigenom ungefär bilden af ett jämte aorta uppklipt hjärta med den inre ytan plant utbredd. Spatiets öfre (lin. *aa*) och undre begränsning (lin. *bb*) samt gränskonturerna för de periferiskt om spatiet belägna delarna äro efter utpunktering i snittlinierna angifna i projektion på aortas och kammarens inre yta. Dessa periferiska delars liksom spatiigränsernas förhållande till aorta och kammaren är här väsentligen det samma som i skisserna från de enligt föregående metod preparerade hjärtana, såsom framgår af en jämförelse mellan bild. 15 och 16. Den enda principiela skilnaden är, att de på aorta tecknade, periferiskt om kärlet belägna delarna här (på bild 15) måste vara i horisontal riktning mera sammanträngda än i verkligheten, då de bilden sammansättande bitarnas utåt tilltagande bredd (kilform!) här tänkes lika med inre ytans. Hos ett i verkligheten efter uppklippning utbredt hjärta (bild 16) utjämnas detta förhållande till en del genom tänjning af den inre ytan.

Viktigast för den föreliggande uppgiften är i anatomiskt afseende kännedomen om *innerväggen* för det bindväfsrum, hvilket för korthetens skull betecknats såsom beläget kring aorta. I själfva verket bidraga till den centrala eller inre väggen för spatiet äfven andra delar än aorta, åtminstone om detta namn tages i sträng mening. Då just i denna vägg de lesioner förekomma, hvilka öppna tillträde för blodet in i spatiet och sålunda ge upphof till anevrismer däruti, måste något närmare ingås på de centrala väggdelarnas anatomi. Och för klassifikationen af patologiska förändringar i denna trakt, såsom tillhöriga å ena sidan hjärtat, eller å den andra aorta, är det af vikt att först och främst klargöra, hvar gränsen går mellan den egentliga aorta och hjärtat. Denna gräns, som vid första påseende förefaller så gifven, är i själfva verket icke så enkel att draga. Aortas klaffapparat måste på både fysiologiska och patologiska grunder räknas till hjärtat, hvilket väl också allmänt sker. Men då den har sitt fäste till största del på kärlrörets vägg, blir frågan, huru mycket af denna som måste medräknas till hjärtat.

Den elastiska aortaväggen uppspringer ej direkt ur kammarväggen, utan sammanhanget förmedlas af en mellanzon, som är tunnare än den egentliga aortaväggen och till skilnad från denna har fibrös struktur. HENLE kallar denna rörformiga öfvergångszon *aortaroten* (andra författares fibrösa zon eller ring kring vänstra kammarens arteriela mynning). Den omfattar enligt HENLE en smal halfmånformig, i båda ändar tillspetsad strimma af kärlrörets vägg i de tre sinus Valsalvæ längs semilunarklaffarnas ursprung samt de triangulära fälten under och mellan klaffarnas svängda sidodelar (*spatia intervalvularia*). Med denna fibrösa aortarot sammanhänga likaledes fibrösa utlöpare uppåt på insidan af den redan elastiska aortaväggen, hvilka förmedla klaffursprunget ofvanför den egentliga aortaroten vid vinklarna, där klaffarnas ändar sammanstöta. Hela detta parti, aortaroten med utlöpare, hvilket saknar kärlväggsstruktur, räknas riktigast till hjärtat. Gränsen mellan detta och aorta går således ett litet stycke ofvanför klaffästena i sinus Valsalvæ, närmar sig dessa mot klaffändarna men stiger på insidan af kärlröret så högt som klaffästena äfven i gränsvinklarna. *Hela klaffapparaten med dess fäste samt bottendelen af de periferiska sinusväggarna komma således att tillhöra hjärtat, ej aorta i sträng mening.*

Aortarotens samhörighet med hjärtat framgår delvis äfven af öfverensstämmelse i struktur. Dess nedre gräns är på inre kammarytan påtaglig endast där den utgår ur en köttig kammardel. Detta är förhållandet med aortaroten vid nedre kanten af högra *) semilunarklaffen i dess mellersta och främre del och vid främre delen af den vänstras nedre kant samt vid mellanliggande spatium intervalvulare, således hufvudsakligen den del, som på utsidan af hjärtat täckes af conus art. dexter (bild 15, mellan linierna 2, 1, 14, 13, 12). Här sker rotursprunget direkt ur kammarseptums främre köttiga del och ur angränsande del af den likaledes köttiga fria kammarväggen. Muskelväggen skjuter, enligt HENLE, ett litet stycke upp på utsidan af vänstra aortasinus djupaste del. Enligt hvad jag funnit är detta icke konstant. Det var t. ex. icke förhållandet hos det hjärta, som ligger till grund för bild. 1—15 (se bild. 10 och 11). Ännu vanligare eger det af HENLE för den vänstra klaffen angifna förhållandet enligt min erfarenhet rum

* Aortaklaffarna benämnas, enligt HENLE, *högra*, *vänstra* och *bakre*, pulmonalklaffarna *högra*, *vänstra* och *främre*.

beträffande delar af den högra klaffen, så äfven i det afbildade fallet (bild. 12, 13, 14 och 1). Under främre spatium intervalvulare stiger muskulaturen på insidan bågformigt upp, så att triangelns bas blir liksom de öfriga sidorna exkaverad (bild 15 mellan lin. 11 och 13). På utsidan kan muskulaturen här stiga så högt upp, att klaffmellanrummet blir så godt som fullständigt beklädt däraf, jfr bild 12.

Svårare är gränsen för aortaroten mot kammarväggen att sätta beträffande den förras återstående del, som ej uppspringer ur köttig, utan ur senig och således med henne själf likartad kammarvägg. I trakten för spat. intervalvulare mellan högra och bakre klaffen och den senares högra del (bild 15, lin. 4—5) sker ursprunget, nämligen ur pars membranacea septi (bild. 4 och 5), under återstoden af bakre klaffen, dess intervalvularfält mot den vänstra och angränsande del af denna klaff (bild 15, lin. 6—10, i detta fall ända t. o. m. lin. 11) från senutbredningen vid basen af främre mitralfliken (bild 6—10). HENLE påstår, att man fåfängt skulle söka efter en gräns mellan aortaroten och främre mitralfliken på deras främre yta, och låter gränsen på baksidan betecknas af ursprungslinien för förmaksmuskulaturen, d. v. s. samma linie, som begränsar spat. atrio-aort. nedåt. Emellertid löper i en del hjärtan denna linie så långt ner, att en smalare eller bredare rotstrimma under den bakre klaffens fäste skulle förbinda intervalvularfälten på ömse sidor om klaffen. Den kan undantagsvis få en bredd af ända till 5 mm. under klaffens djupaste del, och i regel får man under intervalvularfältet mellan den bakre och den vänstra klaffen med samma begränsningsprincip ett jämförelsevis bredt fält, som med samma rätt skulle räknas till aortaroten. Det kan således i en del fall bli en rätt stor väggyta under bakre och angränsande del af vänstra klaffen, som icke skulle räknas till den egentliga kammaren utan till aortaroten. Men denna princip för begränsning af aortaroten är alldeles oriktig, hvilket framgår af en jämförelse med högra hjärthalfvan. Skulle man där förfara efter samma princip, så tvunges man att betrakta den del af conus art. dexter, som utgör en fortsättning uppåt (i arteriel riktning) af sept. membranaceum och trikuspidalringens främre omfång såsom tillhörig pulmonalisroten och icke den egentliga kammaren. Där skyddar emellertid den köttiga konusväggen från en sådan slutsats. I vänstra kammaren, där motsvarande partis struktur ej fäller utslaget, måste

man hålla sig till analogien med högra kammaren, och den omtvistade sträckan måste då hänföras till kammaren äfven här och betraktas såsom en förlängning däraf uppåt i arteriel riktning framför kammarens venösa fortsättning, förmaket, d.v.s. såsom *del af en conus arteriosus sinister*, hvilken uppåt gränsar till aortaroten.

Akcepteras uppfattningen af den seniga väggstrimman mellan aortaklaffarna uppåt och förmaksmuskulaturens ursprung (mitralisringen) nedåt, där den finnes, som en vänstra kammarens konusvägg, så får aortarotens nedre gräns här samma form och läge, som den har på kammarens insida där, hvarest rotursprunget är köttigt, d. v. s. den löper i nedåt konvexa bågar tätt under klaffästena och gör en liten bukt uppåt i basen för intervalvularfältet. Och denna afgränsning är äfven för intervalvularfältet icke alldeles artificiel utan markeras (i motsats till Henles uppgift) i en del hjärtan genom en af cirkulära förstärkningstrådar i aortaroten något förtjockad kant gent emot den i regel tunnare konusdelen. Så var fallet t. ex. i det på bild 16 afbildade hjärtat.

Ger man noga akt på den ofta på detta sätt markerade konkava underkanten för aortaroten äfven i klaffmellanrummet mellan den högra och den bakre klaffen (jfr bild 16), så finner man stundom, att denna kant icke alldeles sammanfaller med öfre kanten (klyfningsranden) af pars membranacea septi, utan mellan båda finnes en tunnare väggstrimma (bild 16, *c. s.*). Denna är då likaledes att uppfatta som en antydan till en vänstra kammarens konusvägg, en membranös förlängning uppåt af septi vänstra blad, förmedlande öfvergången till aortaroten, på samma sätt som det högra bladet uppåt förlänges i den köttiga conus dexter (jfr bild 4, där dock aortaroten med spat. intervalvulare i detta fall direkt utgår ur septum) och längre bak i förmaksväggen (bild 5).

I förbigående måste jag här anmärka ett misstag, som ofta begås i uppfattningen af pars membranacea, i det man låter den omfatta äfven det aortaroten tillhöriga spatium intervalvulare ända upp till vinkeln mellan klaffästena. Denna del tillhör icke septum, ty den skiljes liksom andra delar af aortaroten genom spat. periaort. från angränsande hjärtkaviteter (con. dexter och h. förmaket), och den är icke »membranös», ty det högra hjärthalfvan tillhöriga bladet af det förmenta septum är köttigt (se bild 4). Denna missuppfattning har stundom in-

verkat på tolkningen af anevrismer i denna trakt. Jfr KLEIN,[31]) v. KRZYWICKI,[32]) s. 467. Därpå beror väl också v. KRZYWICKIS uppgift om likemfysem i p. m. (a. st., s. 468).

Den på s. 19—20 antydda muskulära infattningen af aortaroten, som uppstiger på dess utsida i den del af dess omfång, som täckes af conus dexter, tillhör vänstra kammarens del af muskelseptum. I det på bild 1—15 afbildade hjärtat sammanhängde den intimt med högra kammarens septumdel, så att endast fina bindväfsstrimmor från spatiet nedträngde mellan båda (rikligast i bild 13). Men ganska ofta tränger spatiet själft så djupt ned i sept. musculare, att detta i motsvarande utsträckning verkligen klyfves i en höger och en vänster kammardel. Det är där ej längre ett septum, och dess vänstra blad måste lika väl som dess högra uppfattas som en själfständig, ehuru lägre konusvägg, en *köttig konusvägg för vänstra kammaren.* I rännan mellan båda muskelconi löper spatiets bottendel (bild 16, vänstra änden af lin. *bb*).

Vi finna således, att i analog utbredning med conus art. i högra hjärthalfvan från främre omkretsen af venösa ostiets fibrösa ring och från den framför detta liggande delen af skiljeväggen mellan kamrarna äfven i den vänstra hjärthalfvan kan utgå vägg från en conus arteriosus, hvilken vägg visserligen är inkonstant och i jämförelse med den högras helt rudimentär. För återstoden af konusomfånget, där detta skulle utgå ur fri yttervägg för kammaren, är gränsen mellan konusdel och förmaksdel af kammaren på vänstra liksom på högra sidan alldeles obestämd, och möjligheten att här räkna en större och konstant konusdel äfven på vänstra sidan mera öppen.* En del anatomer antaga också en conus sinister. Så heter det hos RAUBER[65]): »mot ostium arteriosum företer (vänstra) kammaren en lätt spiralvriden fortsättning, *conus arteriosus ventriculi sinistri,* som är mindre än högra sidans con. arteriosus och stiger uppåt och till höger på baksidan af denna.» *När man uppdissekerar spatium periaorticum cordis till dess botten, är det i själfva verket just utsidan af denna conus arteriosus sin., särskildt i dess bakre och septala del, för så vidt denna eger en självständig vägg — jämte aortaroten —, man fripreparerar.*

* I väggen för con. art. dexter ingår för resten en betydlig del af *muskelseptum* (främre öfre delen), som med samma rätt och i samma utsträckning kan tillräknas en con. sin.

Hur obetydlig denna bakre-septala vägg för en vänstra kammarens konusdel kan synas, har den dock, äfven där den knapt mer än antydningsvis förefinnes, som innervägg för spatiets bottendel en särskild betydelse för de dissekerande anevrismerna i detta. Dess bakre membranösa parti, som bildar framvägg för spatiets förmaksdel mellan aortaroten uppåt samt pars membranacea septi och förmaksmuskulaturens ursprung ur mitralis senring nedåt, är nämligen ett *locus minoris resistentiae*, där ulcerösa endokarditer, fortledda från aortaklaffarna, lätt åstadkomma genombrott af väggen med öppnande af väg för kammarblodet in i spatiet. Detta parti är i regel det tunnaste af hela innerväggen och, särskildt under mellanrummet mellan bakre och vänstra klaffen samt angränsande del af den förra stundom nästan genomskinligt tunt. Detta är också det allra vanligaste genombrottsstället. Ofvan liggande aortarot markerar sig, som ofvan nämndt, ofta genom något större tjocklek, men är äfven den i allmänhet tunnare än kärlväggen i sinus Valsalvae, som i sin ordning är betydligt tunnare än aortaväggen högre upp. Äfven frånvaron härstädes af muskulös infattning på aortarotens utsida gör denna del af i fråga varande spatiivägg mindre resistent, och det är därför företrädesvis i motsvarande del af spatiet (förmaksdelen + delen öfver sept. membranac.) som genombrott af innerväggen från vänstra kammaren förekomma.

En helt annan betydelse för anevrismernna i fråga har den vänstra kammarens septala konusvägg. Den är köttig och mycket resistent mot genombrott liksom den utvändiga muskelinfattning för aortaroten, som förekommer i denna del af dess omkrets, äfven då egentlig konusvägg saknas. Primärt genombrott af spatiets innervägg i dess konusdel kan därför ske nästan endast från sinus Vals. och spatia intervalvularia. Men den muskelränna mellan de båda köttiga koni, hvari spatiet vid närvaro af en fri vänster konusvägg löper, anvisar dissek. anevrismer i denna trakt en utväg till förstoring genom dissekerande klyfning af muskelseptum ifrån rännans botten. På detta sätt öfvergå de dissek. spatiianevrismerna här utan gräns i dissek. septalanevrismer. Visserligen kan ett anevrism i spatiet äfven utan den anvisning, som ligger i en förut bildad muskelränna mellan två konusväggar, längs de fina bindväfsprickorna i muskulaturen från spatiets botten finna väg in i septum och uppklyfva detta. Så borde t. ex. med lätthet

kunnat ske i det fall, som är afbildadt i radiärsnitt (bild 1—14), särskildt på det ställe af spatiet, som är träffadt af det i bild 13 afbildade snittet.

Sammanfattas resultatet af den utredning, som nu lemnats beträffande *den inre eller centrala väggen* för bindväfsrummet i fråga, så befinnes denna vägg vara sammansatt af 1) den del af den *egentliga aortaväggen*, som utvändigt ännu ej utträdt ur hjärtat och fått fri serosayta, den kan kallas *aortas ursprungsdel*, 2) *aortaroten* (enligt HENLE men delvis med modifikation af dess nedre afgränsning) 3) en obeständig och i bredd växlande väggstrimma, hvilken rättast uppfattas som *vägg för en vänstra kammarens conus arteriosus* samt består af *en bakre senig* och *en främre eller septal, köttig del.*

Den köttiga delen uppstiger delvis på aortarotens utsida, utestänger den sålunda från spatiet och förstärker dettas vägg. *Den membranösa delen är däremot inre spatiiväggens tunnaste del och jämte de under klaffästena belägna delarna af aortaroten i motsvarande utsträckning,* (*i synnerhet således de bakre spatia intervalvaluria*) *locus minoris resistentiae för de kontinuitetsrubbningar i spatiets vägg, som öppna det mot v. kammarens kavitet.*

Den nu behandlade innerväggen för spatiet bildas, som vi sett, med undantag för den egentliga aortas andel däri af delar, som måste tillräknas hjärtat. Denna väggs utsida är betäckt och sammanlödd uteslutande med hjärtpartier. *Som ett helt måste spatiet således räknas till hjärtat*, och anevrismer däri måste, för så vidt de ej ega en självständig, från annat håll i spatiet inträngd vägg, räknas som hjärtanevrismer.

Hvad spatiets *yttre* eller *periferiska vägg* beträffar, så är förut med tillräcklig noggrannhet angifvet, hvilka delar som ingå däri: högra kammarens konusvägg och förmakens framväggar. Vid isthmusdelens utlopp i vänstra spatiiöppningen tillkommer en liten yta af art. pulmonalis som framvägg (bild 12), under det denna kärlstam för öfrigt täcker öppningen uppifrån (bild 11). Äfven strax till höger om isthmus kan en pulmonalisyta ingå (bild 14).

Som bilderna 1, 14, 13 visa, löpa en mängd fina bindväfsstrimmor från spatiet snedt utåt och nedåt i högra kammarens konusmuskulatur, och på bild 2 går en gröfre utlöpare af spatiet i samma riktning. Detta torde ge ett uppslag till

förklaring af den starka inbuktning i denna del af högra kammaren, som stundom förekommer hos dissek. septalanevrismer (Kas. n:r 27, 38 o. 39), under det dessa i regel ej synas starkare utveckla sig mot högra kammaren, vare sig de utgått från vänstra kammaren eller aorta. Sannolikt kunna dessa sprickformiga bindväfsrum i muskulaturen tillfälligt utvidgas och bidraga till anevrismets tillväxt i denna riktning — delvis som dissekerande muskelvägganevrism, om man så vill —, lika väl som vägglösa anevrismer, såsom förut nämndt, af samma skäl kunna nedtränga i septum mellan kamrarna.

En annan strukturmöjlighet för ett dissekerande spatiumsanevrisms utbredning genom den periferiska väggen erbjuder uppenbarligen vinkeln mellan båda förmakens framväggar, där dessa öfvergå i förmaksseptum. Här ser man på horisontalsnitt genom fettrikare hjärtan makroskopiska fettstrimmor från spatiet fortsätta sig djupt in i muskelseptum, i synnerhet i dess midtplan, antydande en uppdelning af skiljeväggen i dess båda förmaksblad. Här föreligger påtagligen till en viss grad samma möjlighet för uppkomsten af ett dissekerande septalanevrism mellan förmaken ur ett sådant anevrism i spatiets förmaksdel, som för dylika anevrismer i kammarskiljeväggen ur sådana i konusdelen af spatiet.

Liksom beträffande kammarseptum kan man ej häller här sätta någon skarp gräns mellan interparietala och septala diss. anevrismer (jfr Kas. n:r 2, 12 o. 22), så mycket mindre som septi normala klyfningsvinkel vid öfvergången i framväggarna varierar i djup.

Det vore önskligt att närmare än redan skett kunna angifva förloppet af bindväfsrummets *öfre begränsning* dels för vinnande af en mera exakt uppfattning om rummets vertikala utsträckning i sin helhet, dels för bestämmande af höjden hos den del af väggen, hvarmed den egentliga aorta bidrager. Det sista vore af intresse hufvudsakligen för frågan, i hvilken utsträckning ett genombrott af väggen för en sinus Valsalvae kunde öppna tillträde för aortablodet in i spatiet, då faktiskt dessa vägglesioner jämte de, som genombryta spatiets vägg mot vänstra kammaren, äro orsaken till de falska anevrismerna i spatiet. Men då de individuela växlingarna i gränsliniens förlopp äro mycket stora, är en detaljerad beskrifning af de olika möjligheterna därför af föga värde, och förhållandet måste trots en sådan alltid pröfvas i det enskilda fallet, där en pato-

logisk förändring af antydd art kunde göra spörsmålet aktuelt. I stället för en beskrifning hänvisas till bilderna 15, lin. *aa*, och 16, lin. *a'aa*, såsom ett par exempel, huru linien kan löpa. Trots växlingarna förefinnes en viss lagbundenhet i gränskurvans form. Den är lägst i förmaksdelen och höjer sig från botten af den ficka, sinus transversus pericardii här bildar, åt båda sidorna mot kransartererernas, af fett rikligare kringbäddade ursprung, i synnerhet den högras, hvarifrån den med conus art. dexter stiger ännu högre upp på aorta. Här är förloppet mera regelbundet till följd af högra conus' jämförelsevis intimare sammanhang med aorta än i förmaksdelen, där väggförbindelsen är vida mer förskjutbar. På sist nämnda sträcka kan perikardiet någon gång sänka sig så djupt, att aortaväggen uteslutes från spatiets begränsning eller undantagsvis på någon punkt t. o. m. ända till nedre gränsen för aortaroten (på bild 16 i spat. interv. mellan vänstra och bakre klaffen), i hvilket fall spatiet på denna punkt blir afbrutet, därest ej, som i det afbildade fallet, en konusvägg för vänstra kammaren finnes. Vanligtvis är det dock i dessa fall endast på den ena spatiiväggen perikardiet nedlöper så djupt, under det den andra (centrala) till vanlig höjd är skild från perikardiet af fettväf, så att spatiet snarare är förskjutet mot den senare väggen än verkligt afbrutet. En sådan förskjutning mot den centrala väggen måste nödvändigt inträffa vid öfvergången till den breda vänstra aperturen, där spatiet alldeles saknar periferisk vägg (bild 11), och änddelen af bottenrännan för sinus pericardii är därför icke spatiets verkliga öfre begränsning, som till följd af fettanhopningen kring aorta vid vänstra kransarterens ursprung i regel rycker betydligt högre upp (bild 10 och motsvar. linie på bild 15). Därtill är ej hänsyn tagen på bild 16, där öfre gränslinien felaktigt är lagd efter änddelen af sinusrännan djupt under kransarteren, hvarigenom spatiet i sin helhet i denna trakt antagligen blifvit markeradt alldeles för lågt på bilden.

Den *nedre gränsen* för bindväfsrummet följer, såsom af det föregående framgår, aortarotens nedre gräns, sådan denna förut blifvit bestämd (s. 21), men där en självständig vägg för en conus arteriosus sin. finnes, dennes nedre gräns. Den kan dock, såsom på bild 15 mellan lin. 14 (vänstra kanten af bilden) och 2, äfven löpa något ofvanför rotgränsen, så att djupaste bottendelen af klaffickan — särskildt för högra klaffen,

om spatiet här ej nedtränger i muskelseptum (såsom på bild 16) — ligger nedanför spatiets bottenrand. Skilnaden motsvarar då muskelinfattningen på utsidan af aortaroten. Äfven bakom den bakre klaffsinus' bottendel kan ursprunget för förmaksmuskulaturen stundom uppstiga ett litet stycke på aortaroten med motsvarande förskjutning af spatiets bottenrand (bild 15, lin. 5—6).

Afståndet mellan spatiets öfre och nedre gräns eller dess *absoluta höjd* (parallelt med aortaaxeln) växlar, som antydt, individuelt högst betydligt, hufvudsakligen med den öfre gränsliniens variationer, och sifferuppgifter härom hafva därför, som nyligen framhöls, föga praktiskt värde.

För att ändock söka ge någon föreställning om vertikala utsträckningen af det preformerade rum, som genom sin utspänning ger upphof åt den vanligaste formen af dissekerande hjärtanevrismer, meddelas här i tabellform resultaten af mätningar på hjärtskisserna i några punkter af den sträcka, där den öfre begränsningen erbjuder enklare och mera konstanta förhållanden.

Höjden i mm. hos spat. periaortic. i 8 punkter af dess cirkulära förlopp.

	I trakten för h. kransarterens urspr.	Vid h. klaffens bakre del.	Midt för h. spat. intervalvul.	Vid bakre klaffens högra del.	Vid bakre klaffens midt.	Vid bakre klaffens vänstra del.	Midt för v. spat. intervalv.	Vid vänstra klaffens bakre del.
Maximum....	27	23	19	19	20	21	20	22
Medeltal.....	16,1	10,9	7,6	8,2	8,9	8,4	8,2	8,7
Minimum....	8	0	0	0	0	2	2	2

Anmärkning till tabellen. Till grund för dessa mätningar ligga 48 fall (för siffrorna i sista kolumnen 47) från fullvuxna. Noll-värdena härröra från två fall, det ena i kolumnerna 2—4 (från vänster räknadt), det andra i kol. 3—5. Åtminstone i det senare var nollvärdet mera skenbart än verkligt (förskjutning af spatiet mot ena väggen, jfr. föreg. s.). Några hjärtan voro hypertrofiska men ansågos ej böra uteslutas, då de i fråga varande värdena hos dessa falla inom samma gränser som i de fullt normala och då möjliga afvikelser t. f. af hypertrofien liksom differenserna mellan mans- och kvinnohjärtan i alla händelser äro obetydliga i förhållande till de individuela variationerna.

De båda *spatiiväggarnas inbördes motsvarigheter* framgå af bild 15. Väggen för högra sinus Vals. ligger mot conus art.

dexter. Endast klaffickans ändar kunna göra undantag och ligga, den bakre mot högra aperturen eller ofvanför spatiet (bild 16), den främre mot art. pulmonalis (bild 12 och lin. 12 på bild 15). Den bakre klaffsinus ligger mot sept atrior. och vinkeln mellan förmakens framväggar så, att den ungefär med $^{2}/_{3}$ motsvarar högra och med $^{1}/_{3}$ vänstra förmaket. Bakre delen af den vänstra klaffen jämte spatium intervalvulare mellan båda de sist nämnda fortsätter motsvarigheten mot vänstra förmaket till vänstra aperturen, hvilken motsvaras af klaffickans främre del utom den allra främsta delen, som ligger mot art. pulmon. eller conus art. dexter i spatiets isthmusdel eller dess mynning (bild 15 mellan lin. 11 och främre klaffvinkeln). Dock sträcker sig spatiet utanför de båda sist nämnda klaffsinus och deras mellanrum i regel ej fullt så högt som dessa. På bild 15 går det ovanligt högt upp, på bild 16 ovanligt lågt. Högra klaffmellanrummet ligger mot vinkeln mellan conus art. dexter och högra förmaket (ofvanför den punkt där båda dessa uppspringa ur pars membranacea septi). Öfre spetsen kan skjuta ofvanför spatiet, i regel med en mindre del än det vänstra klaffmellanrummet. Främre klaffmellanrummet ligger mot conus dexter (bild 16) eller art. pulm. (bild 12) vid isthmus spatii eller dess mynning.

Af dessa motsvarigheter framgår utan vidare väggbildningen för ett dissek. anevrism i någon del af spatiet.

Till denna väl långa anatomiska framställning har jag ytterligare att lägga endast ett par anmärkningar om *strukturen* af spatiiväggen på ett par ställen. Det redan påpekade locus minoris resistentiae för genombrott, aortaroten särskildt i klaffmellanrummen och den membranösa conusväggen, består af jämförelsevis tunna fibrösa bildningar utan den tydliga uppdelning i skilda vägghinnor, som utmärker aortaväggen och hjärtväggen i allmänhet. Ett genombrott inifrån — vare sig genom ulceration eller ruptur — blir därför så mycket lättare totalt och en dissekerande klyfning af aortaroten, som LANCEREAUX i sitt fall (kas. n:r 47) synes antaga, eller en enkel utbuktning af yttre vägglager efter bristning af inre, som THOMA i enlighet med sin teori för kärlanevrismerna tyckes förutsätta i sitt fall (kas. n:r 24), är därför en osannolik förklaring och alldeles onödig, när man känner det utanför liggande bindväfsrummet, som så lätt vidgas till en anevrismkavitet.

Den största — eller enda — svårigheten för förklaringen af de dissek. anevrismernas uppkomst i spatium periaort. synes mig ligga i det epikardiala takets i allmänhet så tunna beskaffenhet. Det är ofta, både i normala hjärtan och öfver anevrismkaviteter, som inbukta mot hjärtsäcken, rent af genomskinligt tunt — och dock brister det äfven sekundärt så utomordentligt sällan. Förklaringen härtill torde böra sökas i flere omständigheter. Så måste en del af blodtrycket förbrukas af friktionen vid mynningen till anevrismet, då denna — som väl i allmänhet från början — är trång. En annan del går under anevrismets bildning förlorad på slitningen af bindväfven mellan väggarna. Att denna, ehuru lätt dissekerad med konst, under lifvet erbjuder ett ganska segt motstånd, antyder den förhärskande säckformen hos anevrismerna i spatiet. I motsatt fall borde dessa liksom i aortaväggen oftare utbreda sig större sträcka inom spatiet, hvilket endast undantagsvis inträffar. Anevrismet, ehuru akut, bildas nog icke momentant, och så får epikardiet tid att under stimulus af en början de utspänning och tänjning förstärka sig genom väfnadsnybildning. I andra fall, där mynningen från början är större och förloppet måhända hastigare, har kanske en kronisk perikardit vid aortaroten, sekundär till en kron. endokardit, som föregått anevrismbildningen, redan utfört denna förstärkning.

Redan i föregående afdelning antyddes det *nära sambandet mellan de septala dissek. anevrismerna och de interparietala.* (Exempel härpå lemna flertalet fall i kasuistikens afd. C samt n:r 2, 12 och 22 i afd. B.) De anatomiska orsakerna därtill har jag sökt visa vid beskrifningen af spat. periaort. Men anevrismerna i detta stå i själfva verket äfven de två andra formerna ganska nära och tyckas visa öfvergångar äfven till dessa. Så kunna de, i synnerhet vid spatiets breda vänstra öppning, träda ut under epikardiet på hjärtväggens fria yta och delvis bli *parietala.* (Se kas. n:r 6, 19, 31, 37; jfr äfven 39.) Vid genombrott af aortaroten just i ett klaffäste träder spatiet i kommunikation med »det potentiela mellanrummet mellan klafflamellerna», och ännu genare är vägen uppenbart från botten af spat. atrio-aortic. till ett *valvulärt* anevrism mellan lamellerna af främre mitralfliken. (Jfr kas. n:r 47, 53, 55, 56, 57, 60; 6 och 14 samt äfven 23.)

Liksom de *interparietala* äro den vanligaste formen af dissek. hjärtanevrismer, bilda de i viss mening grundformen för dessa,

ur hvilken de öfriga tre formerna, de *septala*, de *parietala* och de *valvulära* stundom kunna utveckla sig.

III.

Historik.

Medan kärlanevrismerna varit kända ända sedan forntiden, var det först från midten af 1700-talet som de första spridda fallen af partielt hjärtanevrism iakttogos (JOHN HUNTER 1757, WALTER 1785, BAILLIE 1793). Från samma tid ökade det vaknande patologisk-anatomiska intresset hastigt det kasuistiska materialet af det vida vanligare kärlanevrismet, och när turen kom till hjärtanevrismet att få sin vetenskapliga bearbetning, var den patologiska bilden af kärlanevrismet genom SCARPA m. fl. redan i detalj utförd. Det förelåg då redan för dessa anevrismers indelning ett ganska inveckladt anatomiskt system, i hvars uppbyggande »de gamle kirurgernas patologisk-anatomiska ifver hade täflat». Äfven det *dissekerande* kärlanevrismet, först namngifvet och beskrifvet af MAUNOIR 1802, var efter LAËNNEC mera allmänt kändt.

Det var då helt naturligt, att uppfattningen af det partiela hjärtanevrismet redan från början skulle i väsentlig grad bestämmas af kunskapen om och teorierna öfver motsvarande bildning i artererna. Det första betydande monografiska arbetet öfver hjärtanevrismerna, redan omfattande en kasuistik af 84 fall, utgafs af JOHN THURNAM 1838, och författarens sträfvan går ut på att klassificera hjärtats anevrismer i analogi med arterernas. Alla former af anevrism, som förekomma hos kärlen, återfinnas enligt THURNAM[78]) hos hjärtat med undantag af aneurysma mixtum externum (tillkomsten af ett falskt anevrism genom bristning af ett äkta), hvilket af anatomiska skäl ej kan förekomma (anf. st., s. 234—235, jfr s. 232).

THURNAM är också den förste, som använder benämningen *dissekerande hjärtanevrism*, i det han så betecknar 4 fall, publicerade af *Hope* (kasuistik n:r 40—43). »Det synes», säger han (anf. st., s. 233), »ej olämpligt, att beteckna med namnet *dissekerande hjärtanevrism* den form af sjuklig förändring, i hvilken ett anevrism, såsom i d:r HOPES fall, bildar en kanal under kammarens endokardium (the lining membrane of the

ventricle), hvilken öppnar sig på någon annan punkt. Analogien mellan dessa och de sällsynta fall af arterielt anevrism, som meddelats af LAËNNEC, GUTHRIE och SHEKELTON synes vara tillräckligt påfallande.» THURNAM ingår ej närmare på dessa anevrismers anatomi, men af det fullständigast beskrifna bland HOPEs sinsemellan analoga fall synes framgå, att dissektionen ej skett under endokardiet, som HOPE och THURNAM mena, utan att anevrismkaviteten legat utanför hela hjärtväggen af conus arteriosus sinister (med undantag af pericardium viscerale), således i det bindväfsrum jag kallat spatium periaorticum eller i dess vänstra apertur, och att det dissekerande hjärtanevrism THURNAM känner följaktligen torde motsvara den enligt min erfarenhet vanligaste formen, det *interparietala* med dess öfvergång i det parietala.

Det uppslag THURNAM sålunda gifvit till läran om ett dissekerande hjärtanevrism blef i det följande icke beaktadt och synes småningom helt och hållet ha fått falla i glömska. Orsaken härtill låg utan tvifvel dels i hans föga bevisande och med den korta notisen ofullständigt samt knappast fullt riktigt förklarade fall, dels i saknaden af en normal-anatomisk grund till förklaringen af dessa och senare tillkomna fall af samma beskaffenhet. Härtill kom det misstroende mot THURNAMS försök att analogisera hjärtanevrismerna med de många antagna anatomiska formerna af arteriela anevrismer, hvilket ej kunde utebli, sedan den minutiösa anatomiska systematiseringen af de senare själfva genom CRUVEILHIERs och ROKITANSKYs kritik råkat i misskredit.

Däremot dröjde det ej länge, förr än en annan form af dissekerande hjärtanevrism blef uppstäld, den *valvulära*.

Det första fallet af klaffanevrism, i mitralis, beskrefs redan 1729 af MORAND, således tämligen långt före de första partiela anevrismerna från hjärtväggen, men det nästa kom först 1824 genom LAËNNEC och FIZEAU. THURNAM kunde 1838 (anf. st.) sammanställa 5 fall. 1843 publicerade LÖBEL två fall af klaffanevrismer, af hvilka det ena (Kas. n:r 53) var ett *dissekerande*.

LÖBELs arbete har icke varit mig tillgängligt, men enligt BIACH[4]) skall L. däri hafva uttryckligt framhållit det dissekerande klaffanevrismet. Sedan BIACH redogjort för klaffanevrismernas indelning i äkta och falska i analogi med kärlanevrismerna, fortsätter han nämligen (anf. st., s. 255): »Man har tillagt ännu en tredje art, och i synnerhet var det LÖBEL, som särskildt beto-

nade denna art, aneurysma dissecans. Detta namn skulle användas för de fall, där var eller andra sekret inträngde mellan klafflamellerna, trängde dem isär och ballongformigt (blasenförmig) uppblåste dem. Också detta skulle sålunda föreställa ett analogon till artererernas aneurysma dissecans.» Enligt LOP[42]) skall äfven LANCEREAUX[34]) 1862 ha omtalat abscess mellan lamellerna som en orsak till klaffanevrism.

Med undantag af några spridda kasuistiska meddelanden, om hvilka mera längre ned, och ett par sannolikt hit hörande rader i ROKITANSKYS Lehrbuch[76]) (s. 279) om anevrismer, uppkomna genom fortsatt »*Zerwühlung*» af hjärtköttet i kammarseptum vid aortaklaffruptur, förekommer, så vidt jag kunnat finna, i literaturen intet vidare om dissek. hjärtanevrismer före 1867, då PELVETS[60]) berömda afhandling om hjärtanevrismerna utkom. Tyvärr har det icke lyckats mig att anskaffa detta viktiga arbete. Af de referat därur jag funnit hos senare författare synes likväl framgå, att P. ej på annat sätt berört frågan om dissekerande hjärtanevrismer, än att han erkänt abscesser mellan klafflamellerna som orsak till akuta anevrismer mellan dessa och omnämt 2 fall, där anevrismkaviteten utbildat sig mellan bladen af valv. tricusp., samt möjligen uppfattat en del anevrismer som belägna mellan de isärskilda lamellerna af sept. membranac.[66]) Ej håller framgår af ARNOTTS referat af PELVETS fall (Kas. n:r 44), att P. uppfattat detta som ett dissek. anevrism.

Några ord af LANCEREAUX[35, 36]) 1881 bevisa, att han känner »ett slags dissekerande hjärtanevrism». På tal om den ulcerösa endokarditen säger L: »tilläggom att i vissa fall den ulcererande klaffens väfnadslameller lossna från hvarandra (se décollent) och bereda rum för bildningen af en kavitet, som förlänger sig ända in i hjärtats muskelsubstans eller åtminstone under kammarendokardiet. Detta utgör ett slags dissekerande hjärtanevrism.» Ehuru häraf synes framgå, att L. företrädesvis åsyftat det dissek. klaffanevrismet, visar dock det enda exempel han anför (Kas. n:r 47), att det vid tiden för observationen ej längre fans någon klaff kvar och således ej håller något anevrism i den. Den från basen af den förstörda klaffen utgående anevrismhålan låg utanför aortaroten (enligt L. bakom tunica media, jfr afd. II, s. 28, skiljande denna från epikardiet (tunica externa enligt LANCEREAUX). Här måste således ha förelegat ett anevrism af den *interparietala* formen liksom i de af THURNAM kända fallen.

Följande år förekommer en publikation af POTAIN[62]), som tydligen förråder kännedom om en tredje form af dissek. hjärtanevrismer, den *septala*, n. b. i kammarseptum. P. meddelar ett eget fall af anevrism i sept. ventr. (kas. n:r 34) och anser detta uppkommet genom klyfning af septum efter ulceration (perforation) af sinus Vals. aortæ. Anevrismer vid hjärtbasen kring ostia arteriosa förekomma enligt POTAINs epikris i synnerhet emot septum, »där hvarest det så att säga ej finnes några muskeltrådar, utan väggarna äro bildade genom anlödning (accolement) af båda kamrarnas endocardium, upptill genom en mindre fullständig anslutning af förmaks- och kammarendocardium (l'adossement moins parfait des séreuses auriculaire et ventricul).»

»Det är på detta sätt ett anevrism kan uppkomma den ena gången under inflytande af en fortledd endokardit, början de med en myokardit, bildningen af en abscess i septum musculare eller membranaceum. Då denna abscess brister in i ventrikeln, bildar den en sekundär kavitet i kommunikation med denne, fylles af blod och öfvergår i, hvad man skulle kunna kalla ett dissekerande anevrism. En annan gång uppkommer lesionen genom ulceration af endokardiet, dess perforation, förstoring af kaviteten, vare sig tumören utbuktar mot högra kammaren resp. förmaket eller den småningom isärlösande (décollant) de båda endokardiibladen tränger in mellan förmaket och aortas ursprung och därpå framspringer vid hjärtbasen.»

POTAIN antager således förekomsten af dissekerande anevrismer i septum ventriculorum musculare och membranaceum, utgångna antingen ur en abscess eller ur en ulcerös perforation af vänstra kammarens endocardium (septalblad), och han känner, att dessa anevrismer äfven kunna bana sig väg mellan högra förmaket och aortas ursprung, altså inträнga i hvad jag kallat spatium atrio-aorticum och sålunda öfvergå till interparietala i min mening.

Året därpå utkom en öfversikt af WICKHAM LEGG[38]) öfver hjärtanevrismerna, hvari författaren utan att begagna uttrycket dissekerande genom sin framställning synes måhända antaga ett slags dissekerande utbredning af akuta septalanevrismer i följd af ulcerös endokardit. S. 202 heter det om dessa: »Processen, som leder till anevrismets bildning, underminerar hjärtats väf-

nader, och sålunda prässas blodet vid hvarje sammandragning af kammaren vidare in i septum. Ehuru det är riktigt, att det akuta anevrismet ofta framskjuter mot tricuspidalis på samma ställe som det kongenitala, så gräfver sig likväl det akuta anevrismet ofta genom hjärtats väfnader i andra riktningar.» Han nämner flere exempel, delvis hemtade från fall, som jag ej återfunnit.

Beträffande klaffanevrismer har LEGG själf sett ett fall af anevrism i pars membr. septi, hvilket klufvit isär lamellerna af valv. tricusp. (kas. n:r 58), och synes vilja förklara äfven öfriga kända fall af anevrismer i valvula tricuspidalis såsom anevrismer i pars membr., hvilka inträngt mellan tricuspidallamellerna (anf. st., s. 203).

Slutligen förekomma i ett nyligen utgifvet arbete af LETULLE[40]) några ord, som möjligen syfta på i fråga varande anevrismformer. Där talas nämligen om perforation af aortaursprunget genom ulcerös endokardit »avec décollement des couches sous-épicardiques du coeur et rupture secondaire de l'épicarde, en un point plus ou moins éloigné de l'aorte».

Förutom ofvan stående anföranden ur literaturen, hvilka samtliga mer och mindre säkert synas afse sammanfattande omdömen om dissekerande anevrismers förekomst i hjärtat, vare sig denna term användts eller ej, finnes ett antal rent kasuistiska meddelanden af hit hörande fall med eller utan reflexioner om det enskilda fallets natur, några gånger med uttalande af dess egenskap af dissekerande anevr. eller af dess samhörighet med andra fall, som ansetts dissekerande, men utan försök till egen framställning af en hel grupp som patologisk enhet.

Då ett fall af BEAUCHENNE[2]) 1810, där anevrismet, ehuru nästan fullständigt inneslutet i sept. atrior., synes ha varit ett vanligt aortaanevrism, utgånget från bakre sinus Valsalvæ, uteslutes, äro de äldsta fall af antagligen dissek. hjärtanevrism, jag påträffat, CORVISARTS 1818* och HANNAS 1835 (kas. n:r 48 o. 49). Båda äro något osäkra men tillhöra, om de få anses som dissekerande anevrismer, den mest sällsynta, fjärde gruppen af dessa, de *parietala*. CORVISART är oviss om anevrismets patogenes men finner det påtagligt, att det bildats mellan hjärtköttet och viskerala perikardiet. THURNAM, som undersökt HANNAS fall,

* CORVISARTS fall observerades för resten redan 1796.

uttalar i en senare publikation[79]) (1840) det antagandet, att fallet är ett falskt anevrism, som »uppdissekerat hjärtats muskelvägg». Äfven i fråga om denna form af hjärtanevrism synes THURNAM således hafva varit den förste, som däri sett ett dissekerande anevrism.

1846 publicerade TODD det första fall (kas. n:r 3), som af sin beskrifvare bestämdt betecknas såsom ett dissekerande hjärtanevrism, och samma år meddelar PEACOCK ett fall af hjärtabscess, öfvergående i anevrism (kas. n:r 4), hvilket han anser analogt med de af THURNAM som dissekerande betecknade HOPE'ska fallen. 1852 har PEACOCK åter ett fall (kas. n:r 28), som han jämför med de af HOPE, THURNAM och TODD beskrifna.

Öfriga författare, som beteckna sina fall såsom dissekerande äro MURRAY (kas. n:r 51), DUROZIEZ (kas. n:r 31), HILL (kas. n:r 52), GORDON (kas. n:r 46), LANCEREAUX och POTAIN (se ofvan, kas. n:r 47 och 34) samt författaren[81]).

Ytterligare två författare hafva med sin beteckning af fallen tydligen i sak afsett detsamma, ehuru de användt annat uttryck, nämligen DESPAIGNE (»anévrysme diffus du tissu cellulaire périaortique, sous-épicardique», kas. n:r 19) och MAGUIRE (»interstitial aneur. of the interauricular septum», kas. n:r 22).

Utom de nu nämnda författarne, hvilka äfven genom fallens beteckning visat sig enligt min åsikt rätt hafva uppfattat dem såsom dissekerande eller interstiela hjärtanevrismer, är det några som genom sin beskrifning eller epikris af fallen så tydligt ådagalägga samma uppfattning af dem, att det egentligen endast är ordet »dissekerande» som fattas. Särskildt gäller detta meddelare af fall från septum ventriculorum och från hjärtklaffarna, således de områden af hjärtat, där den normal-anatomiska förutsättningen för dissekerande anevrismer, en upplösbar sammanlödning af två självständiga väfnadslager, kan förutsättas hafva varit mest känd eller lättast insedd.

Så måste det dissekerande septalanevrismet (i kammarseptum) redan före POTAIN varit riktigt uppfattadt af PICK (kas. n:r 30), hvilken fann anevrismsäcken »bildad genom isärskiljande (separation) af de två lagren i sept. ventriculorum i hela deras utsträckning.» Senare har äfven KIDD beskrifvit 3 fall (kas. n:r 35—37) såsom belägna mellan kammarskiljeväggens båda blad. Om ett af dessa säger han t. o. m., att det från

sin. Vals. »dissekerat sig väg» nedåt och framåt. Nästan alla de samlade fallen af dissekerande klaffanevrism förråda sina författares uppfattning af dem som interstitiela.

HÉRARD och v. KRZYWICKI förtjäna att jämte DESPAIGNE särskildt omnämnas såsom de ende bland de författare på detta område jag känner till, hvilka förrådt någon aning om tillvaron af det bindväfsrum kring aortaroten, hvilket jag i afdelning II beskrifvit. HÉRARD (kas. n:r 11) förlägger nämligen den ena af de anevrismatiska tumörer, som i hans fall bildats genom blodets från perforationskanalen fortgående undanträngande af väfnaderna, till »*l'espace cellulaire*», som förenar (högra) förmaket med aorta, utan att närmare ingå på detta espace cellulaire. DESPAIGNE nämner i rubriken »*le tissu cellulaire périaortique*» som plats för anevrismet och tillägger i texten attributet *sous-épicardique* för det senare, men han beskrifver icke denna *tissu périaortique* på annat sätt, än att han noga anger gränserna till omgifningen för det där belägna anevrismet. Då detta hufvudsakligen synes ligga i vänstra öppningen af bindväfsrummet kring aortaroten, så afser han med benämningen »tissu cell. péri-aortique» måhända endast anhopningen af fettväf kring kransarterens början. v. KRZYWICKI nämner (a. st., s. 468) »den intermediära bindväfven» mellan aortas elastiska väggplatta i h. sinus Vals. och h. kammarens muskulära vägg.

För öfrigt hänvisas till afd. V, kasuistik, där publikationerna under hvarje underafdelning meddelas i tidsföljd.

Detta är i hufvudsak alt jag i literaturen funnit, som, efter hvad jag kan förstå, direkt eller indirekt antydt någon kännedom om dissekerande hjärtanevrismer, såsom jag uppfattar dem, eller uppfattning af ett föreliggande fall såsom ett sådant anevrism. I de allra flesta kasuistiska publikationer, jag här samlat, synes denna idé — afsiktligt eller oafsiktligt — varit alldeles främmande för författaren, liksom det dissekerande hjärtanevrismet icke nämnes i de patologisk-anatomiska handböckerna. Det har med ett ord icke vunnit burskap inom patologien. Väl hafva, såsom af det ofvanstående framgår, enstaka röster höjt sig, hvilka mer eller mindre bestämdt sökt vindicera någon form af dissekerande hjärtanevrism — så LÖBEL den valvulära, POTAIN den septala — men de fåtaliga och skäligen lama ansatserna i denna riktning ha icke vunnit allmännare erkännande och tillslutning. Ingen har förut behandlat ämnet i hela dess omfattning, sökt sammanställa ett större antal hit

hörande literaturfall, diskutera de anatomiska förutsättningarna för dissekerande hjärtanevrismers möjlighet, påvisa olika arter däraf samt skissera dessas bild som patologisk-anat. enhet.

Den som stält sig en uppgift, närmast besläktad med den föreliggande, torde vara DURAND, som 1883 skref sin gradualafhandling om anevrismer ur sinus Valsalvæ med intrakordial utbredning, men icke ens han har inlåtit sig på undersökning af de anatomiskt preformerade vägar, utefter hvilka dessa sinusanevrismer lättast kunna framtränga genom upplösande af luckrare bindväfsförbindelser mellan sammanbundna hjärtdelar. Hvarken DURAND eller andra, som skrifvit om anevrismer utgångna ur sinus Valsalvæ, såsom THURNAM [79]) och PEAKOCK [59]), eller angränsande del af hjärtat, såsom WEST [82]), synas — med de förut nämnda undantagen — ha klart uppfattat, att dessa anevrismer kunna få ett dissekerande förlopp inom hjärtat, vare sig i egentlig mening af dissekerande anevrismer — d. v. s. som blodkaviteter utan egen ursprunglig vägg — eller genom sättet för framträngandet af deras slutna anevrismsäck.

IV.

Eget fall.

1. Sjukberättelse.

Sjukberättelsen, författad af då varande med. kandidaten J. N. WIRSEEN, har af professor J. G. EDGREN, på hvars afdelning patienten låg, godhetsfullt stälts till mitt förfogande. Den meddelas här i något förkortad form.

A. H., 32 år, tjänstflicka, intagen på Serafimerlasarettets medic. klinik n:r I d. 21 okt. 1892. Död natten mot d. 30 okt. s. å. — *Klinisk diagnos: Vitium organic. cordis* [*insufficientia valv. aortæ* + *aneurysma arcus aortæ* + *insuff. valvulæ mitral.* (?)] + *nephritis chron. c. exacerbatione hæmorrh.* + *uræmia* + *infarctus pulmon.* (?) + *bronchitis.*

Anamnes (enligt uppgifter af modern). Ingen hereditär disposition för hjärtfel. I barndomen genomgått lindrig skarlakansfeber och mässling. Altifrån sitt 12:te år ungefär har patienten stundom klagat öfver reumatoida smärtor och »ondt i bröstet» men har aldrig haft akut ledgångsreumatism eller andra ledgångsaffektioner, ej häller någon

annan akut infektionsjukdom än de nämnda. Någon upplysning om luetisk smitta har ej vunnits. Hostat tidvis sedan flere år; aldrig hemoptys. Alt från barndomen lefvat under ogynsamma hygieniska förhållanden, haft ansträngande arbete och under de senaste 4 åren såsom tvätterska fått slita mycket ondt samt varit utsatt för väta och ogynsamma väderleksförhållanden. Ådrog sig därigenom för 2 år sedan en svår förkylning. Hälsotillståndet har dock på det hela varit godt och tillfredsställande till de senaste åren. Först sedan 1 eller möjligen 2 år tillbaka tyckes hälsan blifvit något vacklande. Sedan denna tid har patienten stundom erfarit smärta i hjärttrakten, och senaste sommarn öfverföls hon en gång efter slutadt ansträngande arbete — dragande af mangel — af en ytterst häftig smärta i hjärtat.

Början af nu varande sjukdom förlägges till midten af sistlidne augusti. Hon började känna sig matt och allmänt nedsatt, fick frysningar och feber, någon hosta samt kräkningar efter förtärande af föda. Fastän dessa symptom fortforo, kunde hon fortsätta med sitt arbete ungefär en månad, men då sjukdomen småningom tilltog, måste hon i midten af september upphöra därmed och i slutet af månaden intaga sängen. Vid denna tid iakttogs, att urinen var mörkfärgad och grumlig samt minskad till mängd. Samtidigt märktes svullnad af fötterna. Tillståndet försämrades, hostan ökade med blodstrimmor i expektoratet någon gång. Kräkningarna blefvo frekventare, samt frosskakningar med 1 timmes duration och däröfver infunno sig så godt som regelbundet efter hvarje middag och följdes af starka svettningar. Inga tecken på utpräglade uremiska anfall förekommo, ingen medvetslöshet, ingen kramp, men fradga iakttogs mellan läpparna några gånger. Hörselförmågan aftog, men synen var orubbad. Någon af de sista nätterna under patientens vistelse i hemmet öfverföls hon helt plötsligt af ett anfall, kände sig — såsom hon berättade — »så egendomlig, förlorade nästan helt och hållet medvetandet och arbetade så rysligt». Förutom de ofvan nämnda symptomen klagade hon under sjukdomens förlopp ofta öfver tryck och oppressionskänsla i bröstet samt öfver smärtor, utstrålande från hjärttrakten åt skuldran och armen, i förening med hjärtklappning. — Skall tydligt ha afmagrat under sjukdomen.

Status præsens d. 26 okt. — Pat. intar hälst högersidigt läge, vänstersidigt förorsakar smärta. Kroppskonstitutionen ganska god och kraftig, hull och muskulatur någorlunda väl bibehållna. Huden torr, af gulaktig blekhet, intet exantem, ingen tydlig cyanos. Ansiktet något upppdrifvet, utan egentligt ödem. Fötterna ödematösa. Sensoriet särskildt vissa stunder något omtöcknadt; somnolens, orolig sömn. Stundom oskillerande rörelser i fingrarna. Temperatur 37,6°—38,8°. Puls mjuk, full, något dikrot, regelbunden, celer, frekvens 76. Urinen grumlig, smutsigt gråröd, sur, sp. v. 1,017; mängd för dygn 400 kcm.; albumin 0,18 %; rikligt mörkt sediment, innehållande röda och hvita blodkroppar, epitelceller, urinsyrekristaller samt talrika hyalina, finkorniga, epitel- och enstaka blodcylindrar. S u b j e k t. s y m p t o m: hjärtklappning, plötsligt uppträdande smärtor i hjärttrakten af stickande och skärande natur, andnöd, värk och ömhet i magtrakten, ständiga kvälj

ningar, frekventa kräkningar, ganska svåra reumatoida smärtor, särskildt i nedre extremiteterna, samt retning till hosta.

Bröstkorgen normalt och kraftigt bygd. Lindrig utbuktning af 2:dra och 3:dje interstitiet på höger sida invid sternum. Tydlig voussure af 3:dje och 4:de vänstra interstitiet i närheten af sternum. Pulsatoriska rörelser öfver större del af hjärttrakten, starka sådana i fossa jugularis och helt svaga i 2:dra högra interstitiet invid sternum. Den starkaste pulsationen öfver hjärtat sammanfaller i liggande ställning med den oreponerade mammillen, som visar tydliga, med pulsen synkrona höjningar och sänkningar, men vid palpatorisk undersökning befinnes hjärtstöten, om än svagare än nyss nämnda pulsation, ligga i 6:te refbensinterstitiet 2—3 cm. utanför mammillarlinien. Hjärtstöten är ansenligt förstärkt och resistent, »fingret och stetoskopet lyftande» samt af betydligt förökad bredd, så att den täckes först af 2—3 fingerblommor. Den öfver hjärttrakten pålagda handen erfar en från hjärtats spets uppåt öfver dess bas och manubrium till och med fossa jugularis i styrka tilltagande systolisk, svirrande förnimmelse, så att denna från att på det först nämnda stället vara helt svag i jugulum blir mycket stark och tydlig. På sist nämnda ställe palperas äfven starka pulsationer.

Absoluta hjärtdämpningen begränsas uppåt af 4:de refbensbrosket, åt höger af en linie, gående något till höger om vänstra sternalkanten, och till vänster af en linie, löpande något utanför mammillarlinien. Relativa hjärtdämpningen börjar uppåt vid 3:dje refbensbrosket, går åt höger ett par cm. utanför högra sternalkanten samt åt vänster till några cm. utanför mammillarlinien. Öfver de öfre, högra interkostalrummen i närheten af sternum förefinnes en viss dämpning, som fortsätter sig på manubrium.

Öfver spetsen är 1:sta tonen starkt hörbar, mycket suddig och obestämd, ej fullt afgränsad men utan tydligt blåsljud. 2:dra tonen däremot svag, likaledes obestämd, dock tydligt ersatt af ett blåsljud. Vid flyttande af stetoskopet i riktning snedt uppåt och åt höger mot aortas auskultationsställe förändras förhållandena sålunda, att 1:sta tonen öfver hjärtats bas och öfre delen af corpus sterni öfvergår i ett alt tydligare och i styrka tilltagande, ganska skarpt blåsljud, på samma gång som blåsljudet, som ersätter 2:dra tonen, framträder alt starkare. Öfver aortas auskultationsställe äro båda tonerna ersatta af blåsljud och 1:sta tonens här starkast hörbart. Det diastoliska blåsljudet är däremot starkast öfver sternum till vänster om aortas auskultationsställe. Öfver pulmonalis och särskildt öfver manubrium äro 2 blåsljud hörbara, ett systoliskt starkare och mera sträft samt ett svagare och mjukare diastoliskt. Således ingen akcentuering af 2:dra pulmonalistonen, som hufvudsakligen är ersatt af blåsljud. Tonerna öfver tricuspidalis suddiga och föga bestämda, dock utan blåsljud. — Öfver carotis höres ett starkt systoliskt trummande och hvirflande ljud. 2:dra tonen ej hörbar.

Starka pulsationer äro synbara ej blott öfver större arterer utan äfven öfver mindre sådana. Därjämte förekomma häftiga pulsationer öfver karotiderna och, såsom nämndt, i jugulum samt tydliga sådana i

epigastrium. — Ingen äkta (systolisk) venpuls. — I symmetriska arterer kan ingen skilnad påvisas vare sig i pulsens styrka eller i tiden för dess framträdande. — DUROZIEZska dubbelljudet öfver a. cruralis; en skarpt begränsad, klaffande ton öfver mindre och medelstora arterer. Svag antydan till QUINCKEska kapillarpulsfenomenet (undersökning blott i liggande ställning).

Respirationsljudet i allmänhet sträft, nedom scapula på v. sidan svagt hörbart, på ett litet område stundom bronkielt; härstädes något dämpad perkussionston, annars öfver lungorna normal ton. Lösa rassel och ronchi öfver båda lungorna. — Lefvergränser ungefär normala. Ömhet öfver lefvern och större delen af buken. — Ammoniak i kräkningarna.

Daganteckningar. Under de följande dagarna var tillståndet på det hela tämligen oförändradt, men upphostningarna blefvo likformigt blodblandade och utbildade uremiska anfall tillkommo. Under ett sådant anfall afled patienten natten mot d. 30 okt. kl. omkr. 12.

Behandling: Digitalis, vin, ol. ricini, lavement, linct. pector., infus. adonis, acet. kalic., tinct. strophanti, morfin.

Temperaturlista:

21/10	— 39,6	24/10 36,2	— 35,8	27/10 37,3	— 38,4
22/10 38	— 40	25/10 37,4	— 38,3	28/10 38,4	— 37,1
23/10 37,9	— 38,3	26/10 37,6	— 38,8	29/10 37,1	— 38,2

Urinmängd:

22/10 500, 23/10 300, 24/10 300, 25/10 300, 26/10 400, 27/10 400, 28/10 450.

2. Obduktionsberättelse.

Liket obducerades af mig på Karolinska institutets patolog. afdelning d. 31 okt. kl. 12 m., omkr. 36 timmar efter döden.

Kroppen af ordinär byggnad, muskulaturen något svag, hullet slapt. Lätt ödem i nedre extremiteterna, ansiktet uppdrifvet, slapt och pussigt. Allmänna hudfärgen blek, läpparna, näsan och ögonlocken cyanotiska. Ljusbrun pigmentering af linea alba, axillerna och veka lifvet. Flammiga likblånader öfver kroppens baksida. Öfver korsryggen några pergamentlikt intorkade fläckar med afstött epidermis. Rätt kraftig likstelhet kvarstår i alla ledgångar.

Hårda hjärnhinnan blek, af vanlig tjocklek och spänningsgrad; dess insida glatt och fuktig. Med undantag af utbredningen öfver högra pannloben är *mjuka hinnan* öfver hjärnans konvexa yta på det hela tämligen blodfattig, och särskildt äro de stora intergyrala kärlstammarna i allmänhet sammanfallna och tomma. Fläckvis förekommer dock en finare kärlinjektion jämte diffus rosafärg med ytterst små punktformiga blödningar, strödda öfver båda hemisfärerna. Starkast framträda dessa förändringar öfver högra pannloben, där hyperemien är mera allmän. Lindrig ökning af subaraknoidalvätskan särskildt i bakre delar. *Hjärnans* vindlar och fåror väl markerade. Sidoventriklarna, öppnade i läge, ha

vanlig rymd och klart innehåll. I de basala cisternerna af mjuka hinnan en rätt stor kvantitet tunnflytande vätska. Mjuka hinnan på hjärnans undre yta för öfrigt af samma beskaffenhet som på den öfre, äfven här en något starkare blodfyllnad och ekkymosering öfver högra pannloben. Hinnan öfver alt af vanlig tunnhet, utan abnormt sammanhang med hjärnbarken. Arterstammarna tunnväggiga och sammanfallna. Ventrikelependymet öfveralt glatt och jämnt, kärlplexus af normalt utseende. Storhjärnhemisfärernas snittytor af en tämligen påfallande violett skiftning, hvaremot blodprickigheten ej synes väsentligt förökad. Hjärnsubstansen företer ökad fuktighet men vanlig konsistens. De basala ganglierna, capsula interna, pons och medulla oblongata visa intet anmärkningsvärdt. — De stora blodledarna på hjärnskålsbasen starkt fylda af mörkfärgadt, hufvudsakligen flytande blod.

Underhudsfettet mäter öfver buken något öfver 1 cm. i tjocklek, öfver bröstet drygt 1 $^1/_2$ cm. Dess interstitiela bindväf är riklig och vattnigt genomdränkt.

I *bukhålan* 150 kcm. tunnflytande vätska. *Bukhinnan* har i allmänhet en diffus gråviolett färg med skarpt framträdande blodfylda vener. Fossa Douglasii är genomdragen af en mängd tunna bindväfshinnor. som sammanbinda baksidan af uterus med rectum och ovarierna; från de senare gå liknande adherenser öfver på tunntarmslingor och processus vermiformis. För öfrigt visar peritoneum inga abnorma förhållanden.

Hvardera *lungsäcken* innehåller ungefär 150 kcm. transsudat.

Hjärtsäcken innehåller ett par desertskedar smutsigt brunröd vätska med ganska rikliga fibrinslamsor. I synnerhet vänstra hälften af dess båda blad är lifligt injicierad med talrika små blödningar. Fläckvis är ytan i motsvarande utsträckning belagd med en tunn fibrinhinna, som med lätthet afskrapas, fläckvis är den matt utan beläggning. Förändringen tilltager i intensitet upp mot hjärtbasen och kring de stora kärlstammarna samt är allra starkast utbildad öfver en bakom aortas ursprungsdel, mellan denna och de båda förmaken i hjärtsäckskaviteten inskjutande abnorm förhöjning. Denna bildar en halfannan cm. bred och ungefär hälften så hög, mot ändarna ovalt afrundad ås, som, belägen ungefär i aortas ursprungsplan, med sin längdriktning omfattar kärlet öfver en dryg tredjedel af dess omkrets. Öfver denna prominens är ytan tjockare belagd af en ojämn, skör, fibrinös päls med smutsigt grågul färg. Under beläggningen är väfnaden intensift blodinjicierad med större, diffusa, hemorragiska fläckar.

Hjärtat betydligt förstoradt: längdmått från spetsen till vänstra och högra sidan af lungarterens ursprung 11 och 14 cm. resp., största breddmått något nedanför kamrarnas bas 12,5 cm. Fettbeläggningen rätt riklig. Vänstra kammaren är starkt, den högra i måttlig grad utvidgad. Innehållet i vänstra hjärthalfvan en ringa mängd cruor, i den högra något rikligare mängd fibrin, cruor och flytande blod. Vänstra kammarens vägg mycket förtjockad, mäter i tjocklek (frånräknadt trabekelverket och fettlagret) i mediansnittet strax nedom basen 16 mm., från midten ända till närheten af spetsen 14 mm., i lateral-

snittet på motsvarande ställen 14 och 12—11 mm. resp. Högra kammarens vägg har vid basen en tjocklek af omkring 3 mm., hvilken småningom aftager nedåt.

Vatten, som ingjutes genom aorta, afrinner ögonblickligt, så att kärlet blir tomt, så snart vattenstrålen aflägsnas. Efter kärlets uppklippning befinnes platsen för den bakre aortaklaffen intagas af en fritt i aortas lumen inskjutande kropp af ungefär en krakmandels storlek (bild 17, *a. v.*) Från ett basalt fäste vid kärlväggen, hvilket fullkomligt motsvarar klaffästet, är den riktad framåt och något uppåt * med en höjd från basen till toppen af 2 ½ cm. Till formen kan den jämföras med en kort och bred strut, som blifvit hoptryckt i en riktning. Dess längsta genomskärning, längs klaffästet, är 3 cm., den minsta, i vertikal riktning, 0,6—0,7 cm. Spetsen är aftrubbad, och från denna löper till båda ändarna för klaffästet en af gröfre knöliga prominenser bestående kölformig förtjockning, som skiljer två bukiga ytor, en öfre och en undre, de båda afplattade sidorna af struten. Af dessa är det endast den undre, som tager väggfäste, den öfre slutar vid basen med en fri kant, som ligger helt nära aortaväggen. Denna kant är tydligen själfva klaffranden, lindrigt förtjockad, strängformigt afrundad, en smula inrullad mot valvelfickan och utan markering af lunulæ; den synes därjemte vara något förlängd. För man spetsen af den nu beskrifna kroppen nedåt, så skiljes denna kant från aortaväggen, lemnande tillträde till klaffickan och en fortsättning däraf i form af en kavitet, som intager hela den beskrifna strutformiga kroppen. Denna är således ingenting annat än den väskformigt utdragna klaffen. Botten i väskan, som motsvarar den aftrubbade spetsen på yttre (kammar-) sidan, är genombruten genom bristning i två taggiga flikar, hvilkas ojämnheter noga passa in mot hvarandra, när de hopläggas. ** Båda ytorna af den sålunda förändrade klaffen äro skrofliga af större och mindre, gryniga och korniga förhöjningar med en grumlig, matt, smutsigt grågul till grågrön färg. Dessa smutsiga gyttringar bekläda äfven rupturkanternas ytor, och genom dem är klaffens tjocklek uppdrifven till ett par mm., oberäknadt de förut anmärkta gröfre prominenserna på dess kammarsida. Endast klaffranden är i det närmaste fri därifrån och af glatt, bindväfsartadt utseende. Från klaffens konkava sida griper knottrigheten i ringa utsträckning öfver på angränsande del af aortaväggen. Annars är kärlväggen af normalt utseende. Af de båda klaffar, som motsvara koronararterernas ursprung, är den vänstra å den del af kammarsidan, som närmast berör den bakre klaffen, på likartadt fastän mindre utpräglad sätt knottrig och missfärgad; på samma sätt, men i ytterst obetydlig utsträckning, bakre delen af den högra klaffen. Annars äro båda dessa klaffar fria från akuta förändringar, däremot äro de lindrigt förtjockade, i synnerhet i den afrundade, något uttänjda fria kanten,

---

* På spritpreparatet, som ligger till grund för teckningen, har den i fråga varande kroppen sänkt sig, så att den i bilden är riktad framåt och något *nedåt.*

** Rupturöppningen har vid handtering af den sköra klaffen sedermera blifvit betydligt förstorad, så att den på teckningen är mycket större än på det färska preparatet.

där lunulæ saknas, samt afsmalnade (retraherade) och vid den gemensamma ursprungsvinkeln sammanvuxna med hvarandra. Det sammanvuxna partiet (bild 17, *f*) är strängformigt uttänjdt nedåt utefter aortaväggen, på hvilken det bildar en låg ås, så att klaffändarnas vidfästningspunkt på kärlväggen nedryckt öfver $^1/_2$ cm. och angränsande fria delar af klaffränderna omstjälpts mot kammarkaviteten med kanten riktad nedåt mot hjärtspetsen, under det att de båda andra klaffändarna och deras fästen intill den bakre klaffen härutinnan förhålla sig normalt. Båda de sist beskrifna klaffarna äro mjuka och böjliga. Från det strängformigt utdragna klaffvinkelfästet fortsätter en bönstor, skroflig bindväfsås (*n*) uppåt på aortaväggen halfannan cm. ofvanför de normala klaffvinklarnas nivå.

Omedelbart intill nedre kanten af den bakre klaffens fäste förefinnes i de vänstra två tredjedelarna af dess utsträckning en ruptur af kammarväggen hvilken ruptur åt vänster (framåt) fortsätter sig äfven under ungefär bakre tredjedelen af den vänstra klaffen. Denna mer än centimetervidt gapande remna (A) begränsas nedåt af en skärformig glattad bindväfsfals, som löper längs basen af mitralis' främre flik. Rupturöppningen bildar ingång till en hålighet, som har form af en liggande ellipsoid och godt rymmer en medelstor paranöt. Denna kavitet är belägen mellan aorta framåt och de båda förmaken bakåt utan att framkalla någon synbar inbuktning af någonderas väggar. Någon öfre rupturkant är ej synlig i dess mynning, utan den väskformiga bakre klaffens undre yta öfvergår omedelbart i hålans framvägg, hvilken bildas af aortaväggens utsida i en utsträckning, som motsvarar något mer än halfva höjden af angränsande (bakre) sinus Valsalvæ. Taket för hålan utgöres af den här vidtagande, uttänjda och mot hjärtsäckskaviteten kupolformigt lyftade perikardiibryggan mellan aorta och förmaken samt framkallar den härstädes utvändigt synliga, förr omtalade prominensen. Hålans bakvägg ned till rupturkanten vid mitralflikens bas bildas af båda förmakens framväggar och visar en glatt muskelyta.* Mynningen är riktad nedåt och framåt. Från undre klaffytan fortsätta sig på hålans vägg smutsfärgade, finknottriga efflorescenser, och ett tromb lager bekläder den fläckvis. Aortaroten är i rupturöppningen motsvarande utsträckning af sitt bakre omfång och till motsvarande höjd upplyftad ur sitt normala läge, ostiet ej förträngdt.

Den främre mitralfliken visar på sin kammaryta i närheten af rupturöppningen en mängd spridda efflorescenser (*u*, *u*) af samma natur som aortaklaffens, dels i form af små rundade plaques af smutsigt grågul, torr, finkornig uppdrifning, dels i form af små skarpt utskurna ytdefekter med en smal, fingrynigt upphöjd sårkant. Äfven vid den fria randen af klaffseglet förekomma några liknande plaques, dock endast på kammarsidan och ej i slutningsranden. Flere senesträngar till septala papillarmuskeln äro knöligt ansvälda, och en af dem (*t*) är lössliten från muskelfästet, slutande med en sådan smutsigt gråhvit ansvällning. För öfrigt äro mitralflikarna ej förändrade och ostiet af normal eller kanske

* Denna uppgift är, såsom den mikroskopiska undersökningen visat, oriktig åtminstone för nedre delen af väggen. Felobservationen torde bero på väggmembranens pigmentering (se mikrosk. undersökn.).

något ökad vidd. Parietala endokardiet i conus aort. och öfver öfre delen af kammarseptum är något förtjockadt.

Högra hjärthalfvans klaffar oförändrade. Hjärtmuskulaturen slapp och degig, af en utpräglad grågul strimmighet och fläckighet, som i synnerhet genom endokardiet markerar sig med en spräcklig teckning. Kransartererna visa intet abnormt.

Aorta mäter vid utträdesstället 6,5 cm. i omfång och behåller samma vidd till afgången af art. anonyma. Den framåt konvexa krökningen af pars ascendens måhända något litet förstärkt. Intima glatt och jämn, ej förtjockad.

De stora *venstammarna* liksom hjärtats egna vener starkt fylda af tunnflytande, mörkfärgadt blod.

Lungorna tunga, degiga, knistrande för känseln, ytan dels gråröd dels mörkare blåröd, det senare företrädesvis å begränsade, något insänkta, lobulära fält i synnerhet i de fria randdelarna, som då kännas skinnlikt sammanfallna utan luftresistens. Snittytor af ungefär samma färg som den naturliga ytan, afge vid tryck — utom å de kollaberade partierna — en riklig mängd finskummig vätska, som öfveralt kan fullständigt utpressas utan väfnadsbristning. Väfnaden förefaller t. o. m. något segare men knappast mera resistent mot sammantryckning än vanligt. Inga infarkter.

Mjälten betydligt förstorad: längd 16,5, bredd 10,5, tjocklek 4 cm. En diffust begränsad, speciestor senfläck på konvexa ytan. För öfrigt är ytan fläckig dels af ett par brandgula, skarpt begränsade, i periferien något indragna och från denna kullrigt framspringande partier, dels af mörkare och ljusare blåröda fält, mer och mindre skarpt begränsade mot den allmänna blågrå ytfärgen. Konsistensen på det hela något lös. De brandgula fläckarna tillhöra den fria basala ytan af en plommonstor och en mandelstor, torr och fast, kilformig härd af ungefär samma färg äfven i det inre men med en smal svafvelgul begränsningszon. Dessutom förekommer en ungefär valnötstor härd med delvis smutsigt grågul och delvis svartröd färg; därjämte några mindre, likartade härdar, liksom alla de föregående mer och mindre tydligt kilformiga. För öfrigt är mjältpulpan lös, skör, ansvällande och af en smutsigt rödgrå färg.

Njurarna starkt förstorade: längd 15 resp. 17 cm., bredd hos båda 7, tjocklek 6 cm. Ytan i allmänhet af mörkt gråröd färg, i ena ändan blågrå liksom underliggande barklager på detta ställe. Barkens tjocklek 8—10 mm. Barklagret ansväller något litet på snittytan. Dess färg är spräcklig af dels blekt grågula, dels smutsigt gråröda, dels lifligare röda partier. Märgsubstansen blåröd med skarpt markerade kärlknippen. Konsistensen i det hela något ökad med mjukare partier.

Lefvern förstorad: största frontalmått 30 cm., högra lobens sagitalmått 19, vänstra lobens 16 cm., högra lobens största tjocklek 7,5, den vänstras 6 cm. Vikt 2,375 gr. Ytan glatt, närmast ligg. suspens. och coronar. blåhvit af diffus kapselförtjockning, annars mörkt blåröd. Snittytan visar en särdeles tydlig teckning af allmänt förstorade acini med rödbruna, knapt insänkta centralfält och jämförelsevis smala, grågula periferiska ringar.

Magsäcken af vanlig storlek och form. Slemhinnan diffust blåsvart pigmenterad med färgen upplösbar i finare teckningar samt glesare och tätare blodinjicierad. Slemhinneytan glatt och jämn. *Tarmen* företer i synnerhet sträckvis en gröfre venös injektion, som här och hvar i slemhinnan blir mera tät och fin med små blödningar.

Bäckenorganen uttogos ej.

Patologisk-anatom. diagnos: ***kronisk*** *endokardit i aortaklaffarna* med insufficiens, hypertrofi och dilat. af v. hjärtkammaren; *partiel ruptur af sammanhanget mellan aortaroten och v. kammaren, dissekerande hjärtanevrism; akut ulcerös endokardit*, akut klaffanevrism; akut perikardit; fettdeg. af hjärtmuskeln; kroniska stasorgan, lindrig hydrops; hyperemi och blödningar i mjuka hjärnhinnan; partiel lungatelektas och lungödem; akut infektionsmjälte med infarkter; ***kronisk*** *parenkymatös nefrit* (»stor spräcklig njure») *med akutisering;* kroniska adherenser i bäckenperitoneum.

3. Mikroskopisk undersökning.

För mikroskopisk undersökning utskuros följande bitar:

1) en centimeterlång strimma från väggen mellan anevrism- och högra förmakskaviteten i anevrismets nedre del t. o. m. angränsande parti af bindväfsfalsen i mynningens nedre omfång;

2) en halfannan centimeter lång strimma genom nedre delen af väggen mellan anevrismet och v. förmaket t. o. m. den förut nämnda bindväfsfalsens öfre kant;

3) ett stycke från trakten af anevrismets främre och öfre vägg, omfattande i ett sammanhang: a) nedre delen af aortaväggen med aortaroten i närheten af bakre klaffickans midt, b) angränsande del af den anevrismatiska bakre klaffen fr. o. m. fästet, c) angränsande del af den bakom aorta i hjärtsäcken inbuktande väggen för anevrismet.

Bitarna inbäddades i celloidin och skuros på mikrotom. Snitt färgades dels med hematoxylin och eosin, dels med metylénblått samt efter GRAMs och WEIGERTs metoder och inlades i kanadabalsam.

I bitarna från båda förmaken utgöres väggen af dels en anevrismet tillhörig fibrös väggmembran, dels förmakens muskulära framväggar. Den högra förmaksväggens tjocklek är omkring 1,5 mm., den vänstras omkring 2 mm.

Anevrismets *väggmembran* mäter i tjocklek 0,5—1 mm. och består af tämligen kompakt, fibrillär bindväf, hvilken i allmänhet företer en ytparallel anordning af fibrillerna men med många oregelbundenheter i trådriktningen. Mot kaviteten förekomma partiela uppdrifningar som flacka, diffusa förhöjningar. På djupet åt förmaksväggen till blir texturen småningom mera lucker. I vänstra förmaksdelen finnas gröfre trombotiska aflagringar på ytan, af matt kornigt eller glänsande hyalint utseende. Delvis fortsätter sig från ytbeläggningen ett likartadt hyalint balkverk ett stycke in i själfva väggen, i hvars väfnad det utan skarp gräns öfvergår (koagulationsnekros). Ett tunnare lager af samma beskaffenhet träffas i snitten från högra förmaksdelen.

Cellrikedomen hos membranen varierar mycket och oregelbundet, är dock nästan allestädes ojämförligt mycket större än i ett normalt hjärtas aortarot och angränsande membranösa kammardelar. Bindväfscellerna äro därjämte öfveralt stora, protoplasmatiska, ha ingenstädes form af vanliga hinnceller. På cellrikare ställen antager väfnaden utseende af en subakut granulationsväfnad. I membranen förekomma ganska rikligt smala, kärlförande stråk af luckrare bindväf, delvis infiltrerad med rundceller. I de luckrare partierna mot förmaksväggen stark infiltration af flerkärniga rundceller, delvis med utpräglad karakter af variga infiltrat. Rundcellinfiltrationen fortsätter sig flerstädes i förmaksväggens interstitiela bindväf. I de nyss nämnda luckrare väfnadssprickorna inom den fasta väggmembranen träffas rikliga anhopningar af amorft blodpigment, mest i små klumpar af svälda bindväfscellers storlek och form, till en del tydligt liggande i sådana celler. Mikrokokker här och hvar, i synnerhet bland de större infiltraten på djupet.

Vid *bindväfsfalsen* i nedre omkretsen af anevrismets mynning visa snitten från högra förmaksdelen följande förhållanden. Endast ett litet parti af nämnda bindväfsfals är med i snitten. Det visar sig mot anevrismkaviteten beklädt af ett helt tunt ytlager med samma byggnad, som den nyss skildrade väggmembranen. Under detta vidtager med ytterst skarp gräns ett nästan cellfritt bindväfslager, något tunnare än det nyss nämnda, betydligt kompaktare än detta och dels med skarp, dels med diffus gräns öfvergående i en underliggande fast, sklerotisk, cellfattig bindväf. Denna tillhör påtagligen hjärtats ursprungliga seniga väfnad vid basen af mitralfliken. Det därifrån distinkt markerade, yngre ytlagret tilltager inåt anevrismet hastigt i tjocklek och öfvergår så i dess förut skildrade väggmembran, på samma gång som väfnadsfalsen upphör.

Motsvarande parti af snitten från vänstra förmaksdelen, där randfalsen något fullständigare tagits med, visar likaledes, att denna består af en kärne af gammal sklerotisk bindväf med sparsamma, förgrenade hinnceller, en väfnadsbild som annars ej förekommer i anevrismväggen, samt ett tunnare ytlager öfver dess kant af yngre bindväf, som fortsätter sig i väggmembranen; men här är gränsen mellan båda icke skarp som på förra stället, utan den yngre öfvergår mera diffust i den äldre.

I den tredje snittserien visar *aortaklaffen* det vanliga utseendet vid en höggradig ulcerös endokardit. Klaffväggen är i sin helhet ansväld till halfannan millimeters tjocklek med knöliga uppdrifningar till omkring det dubbla måttet. Klaffväfnaden är altigenom nekrotisk, på djupet med bibehållen fibrillär struktur, mot ytorna matt, finkornigt homogeniserad, så att ursprunglig väfnad ej kan skiljas från möjliga trombotiska aflagringar af likartadt utseende. Inom de matta ytlagren ligga på klaffens båda sidor enorma massor af delvis konfluerande bakterievegetationer, från hvilka mot djupet intränga mera långsträckta kolonier, lemnande en djupaste intermediär zon jämförelsevis fri. Bakterierna synas hufvudsakligen om ej uteslutande vara streptokokker och färgas med alla de ofvan nämnda metoderna för bakterie-

färgning. I de ytliga, degenererade klafflagren förekomma bland bakterievegetationerna rätt betydliga kalkaflagringar, dels som fina korn eller gröfre korniga konkrement, dels äfven som större homogena petrifikatskållor. Enstaka hopar af levkocyter ligga fastklibbade vid den fria ytan.

Utan skarp gräns öfvergår klaffbasen i *aortaroten*, från hvars främre, mot klaffickan vettande yta ett tunnare lager af bakteriekolonier intränger i väfnaden ungefär öfver så stor yta som till gränsen för började kärlväggsstruktur. På baksidan, som ligger mot anevrismkaviteten, tränga bakterievegetationerna i omedelbar fortsättning af undre klaffytans kolonier djupare in i väggen, till $^{1}/_{5}$—$^{1}/_{3}$ af dess tjocklek, och ligga synnerligt tätt. Endast i de af bakterier genomvuxna lagren och omedelbart under dessa är väfnaden här nekrotisk, återstoden af väggen synes föga förändrad. På bakre väggytan, som tillhör anevrismet, ligga ganska mäktiga, homogent finkorniga eller fibrinöst trådiga trombaflagringar, rikligt genomvuxna af kokkmassor.

Den egentliga *aortaväggen* ingår icke direkt i anevrismets vägg och företer beträffande intima och media inga anmärkningsvärda förändringar.

Vinkeln mellan den mot anevrismet öppna baksidan af aortaroten och det något högre upp från kärlväggen utgående, epikardiala taket för detta utfylles af lucker bindväf, som först adventitielt omger media aortæ och skiljer denna från anevrismet och därpå under *epikardiet* öfvergår till subserös bindväf, förstärkande den af det sist nämnda bildade anevrismväggen. Denna luckra, icke lagrade fibrillära bindväf har altigenom ett granulerande utseende med stora, protoplasmarika celler och öfvergår utan skarp gräns i det förtjockade epikardiet, som bildar ett förtätadt men likaledes granulerande ytlager af densamma. Mot anevrismkaviteten begränsas den af en ganska tjock koagulationsmembran, bildande ett tätt lagradt, groftrådigt balkvärk af fibrin, hvilket utgör en fortsättning af tromblagret på den af aortaroten bildade anevrismväggen. Det öfverensstämmer i byggnad äfven med det på den förut beskrifna väggmembranen och i dess ytliga skikt träffade koagulationslagret. Någon egen fibrös väggmembran för anevrismet är däremot icke synlig i de delar af dess vägg, som bildas af aortaroten och epikardiet.

Den granulerande bindväfven är öfveralt, men i mycket växlande ymnighet, infiltrerad af rundceller, hvilka delvis i epikardiet men i synnerhet iupå anevrismet, strax under tromblagret å dess vägg hopa sig till täta purulenta infiltrat eller började abscesser. Denna suppuration, som äfven utbredde sig öfver förmaksytorna af anevrismet, synes vara uppkommen i anslutning till de bakterievegetationer, hvilka från aortaroten och dess trombotiska beläggning i aftagande mängd fortsätta sig under och i tromblagret på den perikardiala delen af anevrismväggen.

4. Epikris.

Af den mikroskopiska undersökningen kunna följande slutsatser dragas:

1:o. *Anevrismet vid hjärtbasen har delvis en självständig väggmembran*, som icke har karakter af en utbuktad del af hjärtats egen vägg ej håller innehåller några igenkänliga rester af aortaroten eller den fibrösa hjärtväggen mellan denna och främre mitralfliken, där mynningen är belägen.

2:o. *Denna väggmembran måste därför med stor sannolikhet vara nybildad*, hvarför också dess perivaskulära pigmentering — i analogi t. ex med en pakymeningitisk neomembran — talar, liksom dess vaskularisering och cellernas beskaffenhet antyda, att en väfnadsbildning inom densamma fortfarande pågår.

3:o. *Anevrismet*, som i sin mot aortarotens utsida och hjärtsäcken belägna del saknar egen vägg (vare sig sådan där aldrig kommit till utveckling eller en tilläfventyrs bildad väggmembran senare blifvit förstörd genom bakterieinvasion och suppuration) *har med sannolikhet uppkommit efter bristning* af sammanhanget mellan aortaroten och den väfnadsfals vid mitralis' bas, hvilken makroskopiskt tedde sig som en afglattad rupturkant och mikroskopiskt har den härvarande hjärtväggens seniga byggnad med en färskare väfnadsaflagring på sin först genom bristningen frigjorda yta.

4:o. Väggmembranens tjocklek och i allmänhet fasta, fibrösa byggnad förutsätta en längre tids åtgång för dess bildning — sannolikt åtminstone flere månader — och i följd däraf *måste anevrismet ega minst samma ålder, altså vara tämligen kroniskt.*

5:o. Från den tillkomna ulcerösa endokarditen har infektionen utbredt sig till närmaste del af anevrismets väggar, därifrån framkallat en suppuration i omgifningen och *sannolikt på denna väg gifvit upphof till perikarditen*, hvarför också den senares makroskopiska lokalisation talar.

Den mikroskopiska undersökningen har således ådagalagt, att den uppfattning af anevrismets ålder jag från början hade (och hvilken jag vid min demonstration af fallet i Svenska läkaresällskapet uttalade [81]), nämligen att anevrismet var jämförelsevis färskt och sekundärt till den ulcerösa endokarditen, måste varit oriktig. Att det emellertid uppkommit på sätt jag redan i obduktionsberättelsen antog, nämligen efter en ruptur af sammanhanget mellan aortaroten och hjärtväggen vid främre mitralflikens bas i den därigenom uppkomna mynningens utsträckning, synes mig den mikroskopiska undersökningen, om icke fullt bevisa, åtminstone bekräfta som det sannolikaste förloppet.

Ett godt stöd för denna uppfattning finner jag också i följande lilla experiment. För att klargöra för mig anevrismets bildning sökte jag, innan jag ännu kände till bindväfsrummet kring aortaroten, att på normala hjärtan göra efter den förändring, som den patologiska processen i detta afseende utfört. Sedan jag sålunda genomskurit den fibrösa hjärtväggen i den antagna rupturens läge och utsträckning, kom jag in i det framför förmaksväggen belägna bindväfsrum, som jag sedan närmare studerat, och kunde med lätthet aflägsna dess väggar från hvarandra samt inbukta perikardiibryggan mellan dem åt hjärtsäcken till och sålunda åstadkomma en kavitet, till form, läge och storlek alldeles öfverensstämmande med det naturliga preparatet. Efter härdning i sprit — under den konstgjorda kavitetens utspänning med en bomullstapp — hade jag en ganska trogen modell af det naturliga anevrismet.

Under förutsättning, att en ruptur inträffat på det ställe af hjärtväggen, som motsvarar anevrismmynningen och hvilket — enligt hvad jag i afd. II. (s. 23 o. 24) visat — ingår i locus minoris resistentiæ af den centrala väggen för bindväfsfickan kring aortaroten, har förmaksdelen af denna ficka varit öppen för blodet i den antagligen redan då hypertrofiska vänstra kammaren. Blodet har inträngt mellan dess väggar, sprängt deras bindväfsförbindelse, aflägsnat dem från hvarandra, aflossat och upplyftat epikardiet och sålunda bildat ett *dissekerande anevrism.* Rupturöppningen, som icke behöfver med ens ha fått hela sin slutliga utsträckning, har småningom dilaterats till mynning, i mon som anevrismkaviteten utbildats, och, slutligen permanent utspänd, fått sina ändvinklar afrundade samt antagit oval form.

Att vid en diskontinuitet hos hjärtväggen på detta ställe ett akut anevrism verkligen kan uppkomma i denna del af spatium atrio-aorticum, bevisar ett fall af MAGUIRE (kas. n:r 22). Där fans endast en liten färsk, ulcerös perforation af väggen i samma trakt som rupturen i mitt fall. Den dufäggstora anevrismhåla, som genom denna mynning uppkommit, förlägges visserligen i förmaksseptum nedanför och framför foramen ovale, men med kännedom om sättet för septums öfvergång i de båda framväggarna af förmaken lider det intet tvifvel, att hålan åtminstone till stor del låg framför septum, i klyfningsvinkeln mellan förmaken, liksom i mitt fall, altså i spat. atrio-aorticum, som MAGUIRE naturligen ej kände till. (Jfr s. 25).

Äfven ARNOTTs mycket kroniska fall (kas. n:r 1), som till utgångspunkt ungefär motsvarar mitt och icke synes kunna förklaras annorledes än som ett dissek. anevrism i hela spat. periaorticum, visar, att ett sådant kan börja här.

Fall af SHILLITO (n:r 8), PEACOCK (n:r 10), GOODFELLOW (n:r 13), v. BUHL (n:r 16 och 17), WEST (n:r 20 och 21) och THOMA (n:r 24), hvilka alla mer eller mindre fullständigt motsvara mitt eget till utgångspunkt och läge, bekräfta detsamma, om de också ej ha fullt samma beviskraft som MAGUIREs. PELVETs fall (n:r 44) synes vara af samma beskaffenhet som MAGUIREs, såvida dess läge verkligen motsvarade ARNOTTs i dess början.

Att äfven en vidsträcktare ruptur af aortaroten med förflyttning af den öfre rupturkanten från hjärtat till bildning af en mynning för ett akut anevrism — såsom i mitt fall antages vara förhållandet — verkligen förekommer, synes MOXONs fall (n:r 45) bevisa. Tyvärr säges icke, hvilken sida af aortaringen som lösslitits, men med kännedom om den muskulära infattningen hos större del af denna (jfr afd. II, s. 23 o. 24), är det knappast antagligt, att det var någon annan del än den, som ingår i locus minoris resistentiæ för innerväggen af spat. periaorticum, hvadan fallet äfven till lokalisation torde ha tämligen nära motsvarat mitt.

Då anevrismet i fråga måste uppfattas som äldre än patientens sista sjukdom, får man i sjukhistorien ingen bestämd hållpunkt beträffande tiden för dess början. Antagligt är väl, att dess bildning stått i samband med den kroniska endokarditen i aortaklaffarna, och att det är yngre än denna. Endokarditen går väl åtminstone så långt tillbaka som till den tid — 1—2 år före döden —, då samtidigt med någon allmän försämring i hälsotillståndet smärtor i hjärttrakten började uppträda. Emellertid synes den ha utvecklat sig ganska smygande. Närmast torde den genom förtjockning och retraktion af aortaklaffarna hafva framkallat en viss grad af insufficiens i aorta. Men från början ej höggradig och väl kompenserad genom hypertrofi af vänstra kammaren, medförde denna insufficiens länge ej några svårare rubbningar.

Blott en enda gång före patientens sista sjukdom omtalas symptom, möjligen tydande på någon mera akut rubbning i hjärtat. Det var under hennes sista sommar, då hon en gång efter ansträngning — dragande af mangel — öfverföls af en

ytterst häftig smärta i hjärtat. Om tillståndet närmaste tiden därefter nämnes intet (uppgifterna äro ej erhållna af pat. själf utan af hennes mor). Antages detta smärtanfall efter ansträngande kroppsarbete hafva berott på en ruptur, som inledt anevrismbildningen, så skulle anevismets ålder kunna vara allra högst 5—6 månader. Detta är väl ungefärligen den kortaste tid, som väggmembranens bildning kan antagas hafva erfordrat. Måhända är den ännu äldre.

Det finnes emellertid i hjärtat spår af en annan gammal ruptur, som möjligen också kan sättas i samband med nämnda smärtanfall. De båda främre aortaklaffarna äro vid sitt mötesställe sammanvuxna och det gemensamma fästet (bild 17, *f*) neddraget utefter aortaväggen öfver 1/2 cm. under de öfriga klaffvinklarna. Ofvanför detsamma fortsätter på aortaväggen en ärrig bindväfsås (*n*). Antagligen har här uppstått en partiel ruptur af det förenade klaffästet från aortaväggen, hvarefter detta genom tänjning af den lacererade väfnaden under aorta-blodtrycket på klaffarna småningom glidit ner och vuxit fast på ett djupare ställe af väggen. Därför talar i synnerhet den ärriga knölen i aorta, ty den liknar ej en vanlig ateromatös härd, och sådana saknas för öfrigt fullständigt. Genom denna sänkning af klaffändarnas stöd ha de kunnat omstjälpas mot kammaren, hvilket i hög grad ökat insufficiensen.

Denna förändring talar i viss mon för att den kroniska endokarditen under något skede af sin utveckling medfört sådan strukturförändring hos de däraf angripna väfnaderna, att dessa tenderat till ruptur, och den kastar på så sätt något ljus öfver uppkomsten af anevrismet.

Åtskilliga fall omtalas af ruptur t. o. m. af (skenbart?) friska aortaklaffar till följd af muskelansträngningar. Följande två synas, ehuru mycket gravare, erbjuda någon anatomisk likhet med det föreliggande fallet.

QUAIN[63]) meddelar följande fall. En smed erfor plötsligt under arbete med släggan en pinsam känsla i hjärttrakten, åtföljd af vanmakt, andnöd och ett egendomligt brusande ljud från bröstet genom halsen och i öronen. Insufficienspuls, dubbelt blåsljud öfver aorta. Dog två år senare. Stark hypertrofi och dilat. af vänstra kammaren; de angränsande fästena för två aortaklaffar skilda från aortaväggen, så att klaffarna sänkte sig under den tredjes plan; kanten af den ena klaffen litet everterad.

LINDMAN[41]) omtalar följande. En förut frisk, kraftig man ådrog sig i följd af en häftig kroppsansträngning (springande) under

fenomen af vanmakt och känsla af att något slets i sär i bröstet en sjukdom, som föranledde honom att för andnöd, hosta och hjärtklappning uppgifva sin sysselsättning och låta intaga sig på kliniken. Karakteristiska symptom af en aortainsufficiens. Dog $6^{1}/_{2}$ månader senare. Afslitning af två inflammatoriskt sammanvuxna klaffar från fästet vid aortaväggen; hjärtat starkt förstoradt i alla riktningar.

Den akutiserade kroniska nefriten och den ulcerösa endokarditen framkallade i det föreliggande fallet gemensamt döden, hvartill det redan kroniska anevrismet ej synes hafva haft någon direkt skuld.

Af de fysikaliska tecknen under lifvet torde dämpningen, utbuktningen och pulsationerna i de öfre högra refbensmellanrummen invid sternum samt pulsationerna i jugulum hafva berott på anevrismet i fråga. Genom sitt läge måste det ha förskjutit första delen af aorta framåt och dess bakre del tillika uppåt. För hvarje systolisk utspänning af anevrismet och dess mynning har denna förskjutning momentant ökats och aortabågen lyftats upp mot jugulum, på samma gång som pars ascendens kommit i bredare pulsatorisk kontakt med bröstkorgens framvägg. Skenbart ha anevrismets pulsationer sålunda förstärkt aortas egna och därigenom gifvit anledning till diagnostiserandet af en dilatation hos aorta själf.

Beträffande det systoliska fremissementet med tilltagande styrka mot fossa jugularis och det i aortas riktning i styrka tilltagande skarpa systoliska blåsljudet, som öfver carotis blef ett »trummande och hvirflande» ljud, kunna dessa fenomen väl tänkas bero dels på fortledda hvirfvelrörelser (resp. ljud) i anevrismet, dels på liknande oskillationer i aorta, framkallade af den i kärlet inkastade anevrismatiska klaffen. Någon verklig aortastenos förefans emellertid ej, utan pulsen och de öfriga fenomenen i de periferiska artererna vittnade om en ren aortainsufficiens. Äfven det diastoliska blåsljudet hänför sig till denna och synes ej haft något med anevrismet att skaffa.

Öfriga förändringar och symptom hafva för den föreliggande uppgiften ett underordnadt intresse.

(Forts. i n:r 31.)

Literaturförteckning.

De arbeten, som ej varit tillgängliga i original, utmärkas med * framför författarenamnet.

---

1. ARNOTT, H.: Aneurysm of the left ventricle of the heart etc. — Trans. of the Pathol. Society of London, vol. 19, 1868, s. 149.
2. *BEAUCHENNE: Bull. de la Faculté (Société?) de méd. T. II, 1810, s. 38. — Refer. af DURAND, literaturfört. n:r 11, s. 16 o. THURNAM, literaturfört. n:r 79, s. 381.
3. BENNET: Aneurysm of the aorta. — Dubl. quart. Journ., vol. 44, 1867, s. 444.
4. BIACH: Ueber Aneurysmen an den Herzklappen. — Med. Jahrbüch. der k. k. Gesellsch. d. Aerzte, Wien 1878, s. 181.
5. BOSTROEM: Das geheilte Aneur. dissecans. — Deutsch. Arch. f. klin. Med., b. 42, 1887—88, s. 33.
6. *BRESCHET: Recherches et observ. sur l'anévr. faux consécut. du coeur. Paris 1827. — Ref. af THURNAM, lit. n:r 78, CRAIGIE, lit. n:r 9, s. 390, m. fl. förf.
7. v. BUHL: Beitrag z. pathol. Anat. der Herzkrankh., II. Entzündl. Defecte am Sept. ventr. u. anderen Stellen der Herzbasis. — Zeitschr. f. Biologie, b. 16, 1880, s. 253.
8. *CORVISART: Sur les maladies du coeur, 3:me éd. Paris 1818, s. 282. — Ref. af CRAIGIE, lit. n:r 9, s. 360.
9. CRAIGIE: Observations and cases illustrating the nature of false consec. an. of the heart. — Edinb. med. and surg. Journ., vol. 59, 1843, s. 356.
10. DESPAIGNE: Endocardite ulcéreuse etc. — Progrès médical, 2:e sér. T. III, 1886, s. 863.
11. DURAND: Des anévrysmes des sinus de Valsalva à développement intra-cardiaque. Thèse. Lyon 1883.
12. DUROZIEZ: Mémoire sur les anévr. du coeur et des valvules. — Gaz. des Hopitaux, 1872, s. 782. — Obs. I:re. An. sigmoïdo-ventric. gauche etc. Anf. st., s. 789.
13. v. DUSCH: Mittheil. eines Falles v. Aneur. einer Semil.-klappe d. Aorta. — Zeitschr. f. rat. Med., b. 10, 1851, s. 220.

14. EWART: Intra-cardiac an. at the root of the aorta etc. — Trans. Pathol. Soc. Lond., vol. 31, 1880, s. 95.
15. FIEDLER: Jahresber. d. Gesellsch. f. Natur- u. Heilk. in Dresden 1865—66, s. 123.
16. FINGER: Prager Vierteljahrschr. für d. prakt. Heilk. 1850, b. 2, Ergänzungsbl., s. 21.
17. GALLIARD: Anévr. valvulaire aort. — Progrès méd., t. VIII, 1880, s. 997. — Ref. af SERGENT, lit. n:r 72, s. 555, efter LAURAND, lit. n:r 37.
18. GOODFELLOW: Aneurysmal pouch etc. — Trans. Pathol. Soc. Lond., vol. 23, 1872, s. 53.
19. *GORDON: Brit. med. Journ. 1874 (?? ej återfunnet på anf. st.). — Ref. af DURAND, lit. n:r 11, s. 37.
20. HABERSHON: Pericarditis etc. False aneur. of the left ventricle etc. — Trans. Pathol. Soc. Lond., vol. 6, 1855, s. 106.
21. *HANNA: Dubl. Journ. of med. science, 1835, s. 80. — Ref. i SCHMIDTs Jahrb. I. Supplement-B., 1836, s. 383. Äfv. THURNAM, lit. n:r 79, s. 382.
22. HENLE: Handb. der Gefässlehre des Mensch., II. Aufl., 1876.
23. HÉRARD: Endocardite ulcéreuse à forme pyohémique. — Gaz. des Hopitaux, 1865, s. 273 & 277.
24. HILL: Case of dissecting rupture of the heart. — Brit. med. Journ., 1873, I, s. 403.
25. *HOLL: Med. Times and Gaz. April 1852. — Ref. i SCHMIDTs Jahrb. b. 75, 1852, s. 306.
26. HOPE: Grundzüge der path. Anat., tysk edit. af KRÜGER, Berlin 1836, s. 104.
27. HOPE: A Treatise on Diseases of the heart etc., III Ed., London 1839, s. 320.
28. JACCOUD: L'Union méd. T. 30, 1866, s. 308.
29. *JANSEN: Nederl. Lancet, jul.—aug. 1853. — Ref. i SCHMIDTs Jahrbüch., b. 82, 1854, s. 184 samt BIACH, lit. n:r 4, s. 203.
30. KIDD, P.: Four cases of cardiac aneurysm. — Trans. Path. Soc. Lond., vol. 36, 1885, s. 27.
31. KLEIN, G.: Zur Aetiol. der Aneur. der Pars membr. septi ventr. — VIRCH. Arch., b. 118, 1889, s. 66.
32. v. KRZYWICKI: Das Sept. membranac. ventr. cord. etc. — ZIEGLERs Beiträge z. path. Anat., b. 6, 1889, s. 465.
33. *LAMBL: Aus dem Franz Josefs Kinderspit. zu Prag. Beobacht. u. Studien aus dem Geb. d. pathol. Anat. u. Histol., 1860. — Ref. af BIACH, lit. n:r 4, s. 208, 15. Fall.
34. *LANCEREAUX: Gaz. médicale de Paris, 1862. — Anföres af LOP, lit. n:r 42.
35. LANCEREAUX: Des endocardites, et notamment de l'endocardite végétante ulcéreuse. — Arch. gén. de méd., 1881, vol. I, s. 389.
36. LANCEREAUX: Traité d'anat. pathol., t. II, Paris 1879—1881, s. 752.

37. *LAURAND: Anévrysmes valvul. du coeur. Thèse. Paris 1881. — Anf. af SERGENT, lit. n:r 72.
38. LEGG, J. WICKHAM: On cardiac aneurysms. — Med. Times and Gaz. 1883, vol. II, s. 199.
39. *LEROUX: Bull. de la Soc. anat., 4 sér., II, 1878, s. 64. — Ref. i SCHMIDTs Jahrb., b. 197, 1883, s. 24.
40. LETULLE: Anat. pathologique, Paris 1897, s. 101.
41. LINDMAN: Deutsch. Arch. f. klin. Med., b. 25, 1880, s. 498.
42. LOP: Contribution à l'étude des anévr. du coeur. — Revue de méd., XII, 1892, s. 561.
43. LUSCHKA: Anat. d. Mensch., b. 1, afd. II, 1863, s. 383.
44. *LÖBEL: Oesterr. med. Jahrb., Wien 1843, b. 33 — enligt BIACH, lit. n:r 4, s. 195. 8. Fall.
45. *LÖBEL: Jahresber. des k. k. allg. Krankenh. zu Wien, 1870. — Ref. af BIACH, lit. n:r 4, s. 223. 30. Fall.
46. MAGUIRE: Interstit. an. of the interauric. sept. — Trans. Path. Soc., Lond., vol. 38, 1887, s. 100.
47. MAIER, RUD.: Ein Fall v. primärer Endocard. diphtherit. — VIRCH. Arch., b. 62, 1875, s. 145.
48. MONEY: An. of heart; cerebral tumour; idiocy. — Trans. Pathol. Soc., Lond., vol. 38, 1887, s. 97.
49. MOORE: An. of sinus of Vals. — Trans. Pathol. Soc. Lond., vol. 38, 1887, s. 100.
50. MOXON: Case of ulceration of the aortic valves etc. — Lancet, Lond., 1869, II, s. 608.
51. MURRAY: Dissecting aneur. of the wall of the right side of the heart. — Trans. Pathol. Soc., Lond., vol. 20, 1869, s. 131.
52. OGLE: Trans. Pathol. Soc., Lond., vol. 9, 1858, s. 119.
53. OGLE: Ulceration, partly of the anterior curtain of the mitral valve, and partly of the anterior and left portion of the wall of the left auricle. — — Aneurysmal pouch etc. — Trans. Path. Soc., Lond., vol. 9, 1858, s. 131.
54. PEACOCK: Cases of partial aneurism of the heart, with remarks. — Edinb. med. and surg. Journ., vol. 66, 1846, s. 261. (Case 2d, s. 276.)
55. *PEACOCK: Monthly Journ., sept. 1849. — Ref. i SCHMIDTs Jahrb., b. 65, 1850, s. 186.
56. PEACOCK: Obstruct. dis. of the aortic. valves, depend. on malform. etc. — Report of proceed. of the Path. Soc., Lond., 6th sess., 1851—52, s. 287.
57. PEACOCK: Obstruct. disease etc. — Trans. Path. Soc., Lond., vol. 12, 1861, s. 75.
58. PEACOCK: Report on cases of dissect. aneur. — Trans. Path. Soc., Lond., vol. 14, 1863, s. 87.
59. PEACOCK: An. of the ascend. aorta etc. with remarks on the communications of the sacs of an. with the cardiac cavities etc. — Trans. Path. Soc., Lond., vol. 19, 1868, s. 111 (115).

60. *PELVET, N.: Des anévrysmes du coeur. Thèse. Paris, 1867. — Ref. i VIRCH.-HIRSCHs Jahresber., II, s. 62, och af RAYNAUD, lit. n:r 66, samt af ARNOTT, lit. n:r 1, m. fl.
61. PICK, TH.: Fibroid degener. of the heart (syphilitic?). Aneur. etc. — Trans. Path. Soc., Lond., vol. 19, 1868, s. 156.
62. POTAIN: Anévr. intracardiaque, perforat. interventr. etc. — Gaz. des Hopitaux, 1882, s. 721.
63. QUAIN: A series of 4 cases illustrativ of the injuries occasionally sustained by the aortic valves during muscular efforts. — Report of the proceed. of the Path. Soc., Lond., 1:st sess. 1846—47, s. 36.
64. QUAIN: Disease of the aortic valves etc. False aneur. of the heart etc. — Trans. Path. Soc. Lond., vol. 7, 1856, s. 87.
65. RAUBER: Lehrb. d. Anat. des Mensch., II. B., I. Abth., Leipz. 1893, s. 43.
66. RAYNAUD, M.: Artikeln *Coeur* i Nouveau Dictionn. de méd. et de chir. prat. par JACCOUD, VIII, s. 502 (Anévrysme).
67. RICHTER, WALTH.: Ueber die Beteilig. der Aorta an endokardit. Prozess. — Inaug.-Diss., Kiel, 1891.
68. RINDFLEISCH: Zur Entsteh. u. Heilung des An. dissec. aortæ. — VIRCH. Arch., b. 131, 1893, s. 374.
69. ROKITANSKY: Handb. der speciell. pathol. Anat., I. B., Wien 1844.
70. ROKITANSKY: Lehrb. der pathol. Anat., III. Aufl., II. B., Wien 1856.
71. SAPPEY: Traité d'anat. descript., IV:me éd., t. II:me, Paris 1888.
72. SERGENT: Des anévr. des valvules sigmoïdes de l'aorte. — Arch. gén. de méd., 1894: 2, s. 547.
73. SHILLITO, BUXTON: Ulceration of the aortic valves, with aneur. at their bases etc. — Trans. Path. Soc. Lond., vol. 9, 1858, s. 79, 80.
74. SIMON, TH.: Ein Fall v. Aneur. der Mitralklappe etc. — Berliner klin. Wochenschr., VIII, 1871, s. 437.
75. THEILE: SCHMIDTs Jahrb., b. 82, 1854, s. 184.
76. THOMA: Untersuch. über Aneurysmen, II. Mittheil. — VIRCH. Arch., b. 112, 1888, s. 270.
77. THOMPSON, H.: Clinical lecture on a case of multiple an. etc. — Med. Times and Gaz., 1877, II, s. 56.
78. THURNAM, JOHN: On aneurisms of the heart. — Med.-Chir. Trans., 2nd ser., vol. 3, Lond., 1838, s. 187.
79. THURNAM, J.: On aneurisms, and specially spont. varicose an. of the aorta and sinuses of Valsalva. — Med.-Chir. Trans., 2nd ser., vol. 5, Lond., 1840, s. 323.
80. *TODD: Clinical lecture on a case of cardiac dissecting aneur. — Lond. med. Gaz., aug. 1846. — Ref. i Canst. Jahresb., Path. d. Gefäss-Syst., s. 186.

81. VESTBERG: Fall af dissekerande hjärtanevrism. — Hygiea 1893, Svenska läkaresällsk. förhandl., s. 121.
82. WEST, S.: Some aneur. of the heart, many of cases exhibiting the effects of erosion. — Trans. Path. Soc. Lond., vol. 37, 1886, s. 154.
83. WEST, S.: Aneurysms of the aort. valves — — an. of pouch of Vals. etc. — Trans. Path. Soc. Lond., vol. 37, 1886, s. 160.

Förklaring till afbildningarna.

Bild. 1—14. Radiära längdsnitt genom aorta från ett normalt manshjärta, omfattande aortaroten samt närmaste del af kärlväggen och vänstra kammarens bas jämte spatium peri-aorticum och omgifvande delar. Jfr texten, s. 17—18. Naturlig storlek. Muskulaturen svart; kärlväggar och fibrösa delar samt bindväfsstrimmor i muskulaturen hvita; lucker, fetthaltig bindväf streckad. På bilderna 1—7, som motsvara högra hälften af aortas omfång, är kärlväggen riktad till vänster (i förhållande till hjärtat, tvärtom i förhållande till åskådaren). Bilderna 8—14, som motsvara vänstra omfånget, äro vända på motsatt sätt. De särskilda snittens lägen på omkretsen af aorta och hjärtbasen framgå af de räta linierna med motsvarande sifferbeteckning på bild 15.

Bokstafsbeteckning:

a. c. d. arter. coronar. dextra.
a. c. s. » » sinistra.
ao. aorta med rot och klaffapparat.
a. p. arteria pulmonalis.
a. sp. d. apertura spatii dextra.
a. sp. s. apertura spatii sinistra.
atr. d. atrium dextrum.
atr. s. atrium sinistr.
au. d. auricula dextra.
c. d. conus arterios. dext.
c. s. » » sinister, rudiment.
f. senutbredning från basen af mitralklaffen.
i. sp. isthmus spatii.
m. muskulatur i vänstra kammaren.
mitr. valvula mitralis' främre flik.
o. i. sp. orificium isthmi spatii.
p. pericardium.
s. a. septum atrior.
s. m. pars membranacea septi ventric.
sp. spatium peri-aortic. cordis.
s. tr. botten af sinus transv. pericardii.
s. v. septum ventriculorum musculare.
t. sensträng (chorda tendinea valvulæ tricusp.).
tr. valvula tricusp.

tr. i. trigonum (spatium) intervalvulare.
v. p. d. valvula pulmonalis dextra.
v. p. s. » » sinistra.
v. s. vänstra kammarens fria vägg.

Bild 1. Snittet går genom främre omfånget af aorta (*ao.*) vid djupaste delen af högra klaffens fäste, träffar det köttiga kammarseptum (*s. v.*) och bakväggen af conus arterios. dext. (*c. d.*). Spatiet (*sp.*) högt, smalt triangulärt. Dess tak bildas af perikardiet (*p.*), som närmast aorta nedlöper i en smal ränna, och framför denna är lyftadt i plicæ adiposæ. Dess botten strax ofvanför valvelfickans, men fina bindväfsstrimmor, delvis fettförande, fortsätta ett stycke ned i muskelseptum periferiskt om aortarotens köttiga infattning.

Bild 2. Snitt genom högra-främre omfånget af aorta vid utträdet för högra kransarteren (*a. c. d.*), septum musculare och conus dexter. Spatiet något bredare, i synnerhet upptill, där det innehåller första delen af kransarteren. En gröfre utlöpare från spatiet i dess conusvägg ungefär på midten, fyld liksom detta af lucker bindväf med fett. Botten som i bild 1, något djupare.

Bild 3. Snitt genom högra omfånget af aorta vid bakre delen af högra klaffickan, septum musculare och conus dexter närmare dess bas. Spatiet bredt triangulärt; öfre delen öfvergår omärkligt i fettbeläggningen på conus, å hvars bakre sluttning breschen för högra kransarteren börjar öppna sig. Arteren med grenar tvärskuren i spatiet. Spatiets botten i jämnhöjd med klaffästets undre kant.

Bild 4. Snitt genom högra omfånget af aorta strax framför vinkeln mellan den högra och den bakre klaffen, trigonum (spatium) intervalvulare (*tr. i.*), pars membranacea septi ventricul. (*s. m.*), septum musculare och conus arter. dexter nära dess bas. *tr.* = valvula tricuspidalis, hvars fäste i sept. membr. ligger längre bakåt och ej träffats. *t.* är en sensträng, som utgår från gränsen mellan muskulära och membranösa delen af septum och tar fäste på klaffseglet. *au. d.* = högra hjärtörats basala del, undre väggen, hvilande på det af fettmassa upplyftade epikardiet. Spatiet vägglöst utåt, åt höger (vänster på bilden), i klyftan mellan conus dexter och högra förmaket, s p a t i e t s h ö g r a a p e r t u r (*a. sp. d.*). Af kransarteren synes endast en gren.

Bild 5. Snitt genom aorta — ungefär mellan första och andra fjärdedelen (från höger) af bakre klaffickan —, pars membranacea et muscularis septi ventr. och högra förmakets framvägg (*atr. d.*). Ursprunget för septala trikuspidalfliken (*tr.*) delar pars membr. (*s. m.*) i en ringa (öfre) förmaksdel och en bredare kammardel. Spatiet högt, halfannan mm. bredt, upptill i närheten af aorta begränsadt af en perikardiiränna (*s. tr.*), botten af sinus transversus pericardii; slutar nedtill i jämnhöjd med aortaklaffursprunget och begränsas af förmaksväggens och aortarotens ursprungsvinkel vid öfre kanten af sept. membranaceum.

Bild 6. Snitt genom aorta — ungefär midt i bakre klaffickan — och högra förmakets främre-septala vägg. Mellan aortaroten och vänstra kammarens muskulatur träffas aponevrosen (*f*), som förbinder sept. membr. med främre mitralflikens bas. Dess baksida (till vänster på bilden) är beklädd med förmaksmuskulatur, tillhörig högra septalutbredningen nedtill (jfr bild 15, lin. 6) vid dess öfvergång i förmaksframväggen och sept. membr. Högra atrio-ventrikularostiets plan ligger ej transverselt i förhållande till axeln för aorta och v. kammaren utan bildar med snittplanet i bilden en mycket spetsig vinkel, hvarför snittet träffat helt och hållet på förmakssidan om trikuspidalursprunget och sålunda ej når högra kammaren utan fortfarande högra förmaket (resp. förmaksseptum) nedtill, fastän vänstra kammaren är träffad. Spatiet något smalare än på bild 5, annars ungefär lika.

Bild 7. Snitt genom aortas bakre omfång — i vänstra hälften af bakre klaffickan — klyfvande sept. atriorum (*s. a.*) (dettas bakre kant, till vänster på bilden, är snittkant). Nedre delen af förmakskiljeväggens köttmassa i snittet tillhör dess utbredning till vänster (jfr bild 15, lin. 7) på baksidan af aponevrosen vid främre mitralflikens bas (*f*), alltså septi öfvergång till vänstra förmakets främre vägg nere vid ost. atrio-ventr. sin. — *m.* vänstra kammarens muskelvägg (snittkant framåt, till höger på bilden) vid bakersta delen af sept. ventr. Spatiet tämligen smalt trots läget här i vinkeln mellan förmakens framväggar. Nedre gräns tätt under klaffästet i aorta.

Bild 8. Snitt genom aortas bakre omfång — i högra delen af klaffvinkeln mellan den bakre och den vänstra klaffen —, trigonum intervalvulare (*tr. i.*) och främre mitralfliken (*mitr.*) samt vänstra förmakets framvägg (*atr. s.*). Aortas klaffäste snedskuret. Spatiets nedre gräns sammanfaller ungefär med aortarotens (ingen tydlig conus arteriosus sin. härstädes i detta fall).

Bild 9. Snitt genom aorta — i bakre delen af vänstra klaffickan —, främre mitralfliken samt vänstra förmakets framvägg och öfvergången till dess öfre vägg (snedt träffad). Spatiet ungefär som på bild 8; dess botten tätt under jämnhöjd med nedre randen af klaffästet. Utgångspunkten för aortaklaffens fäste är vid härdningen något framskjuten mot ostiet med vinkelböjning af väggen. Tänkes denna rätlinigt sträckt, bildas innerväggen för spatiets djupaste del af en membranös strimma (*c. s.*) mellan aortaroten och främre mitralfliken, hvilken väggstrimma kan uppfattas som rudiment af en conus art. sin. (Ett liknande förhållande finnes antydt på bild 7.) Rännan för sinus tr. pericardii genom fettbeläggning på aorta förskjuten åt förmaket, i botten dubbel.

Bild 10. Snitt genom aortaväggen vid utträdet för vänstra kransarteren, senig (*f*) och köttig (*v. s.*) yttervägg för vänstra kammaren. Snittet träffar vidare främre förmaksväggen (*atr. s.*) i dess öfvergång till vänstra hjärtörat. Kransarteren genomlöper i snittplanet spatiet, som nedåt är öppet mot ringfåran på hjärtats yta, i det förmaksmuskula-

turens ursprung under hjärtörats bas svänger bakåt vid öfvergång i laterala förmaksväggen. Den ökade fettmassan kring kransarteren beklädes uppåt af perikardiet, bildande plicæ adiposæ, och detta öfverlagras af den fria undre ytan af arteria pulmonalis (*a. p.*), i dess horisontala del.

Bild 11. Snitt genom aortaväggen i främre delen af vänstra klaffickan och den muskulösa väggen till vänstra kammaren. Spatiet utan annan yttervägg än perikardiet öfver fettmassan kring kransarteren (delvis bortskuret af utrymmesskäl) är här löst täckt af det fria hjärtörat (ej synligt på bilden). Uppåt täckes det af lungarteren, som inbäddad i fettmassan svänger öfver i horisontal riktning. Spatiets öfre gräns bildar den intimare sammanväxningen mellan aorta och art. pulm. vid öfvergången från adhesionsytans nedre till dess vänstra laterala kant (jfr bild 15, korsningen af lin. *y* och *aa* vid lin. 11). Nedåt är spatiet öppet mot sulcus long. ant. Spatiets vänstra apertur (*a. sp. s.*).

Bild 12. Snitt genom aortaväggens främre omfång — strax till höger om främre klaffvinkeln — och angränsande del af vänstra kammarväggens bas. Träffar i sned riktning arteria pulmon. vid dess bakre klaffvinkel. Af spatiet existerar här blott en jämförelsevis låg och smal spricka nedanför kärlväggarnas intima sammanväxning. Främre vägg bildar art. pulmon., bakre vägg muskel-infattningen från vänstra kammarens vägg utanpå aortaroten. Nedåt öppnar sig spatiet mot sulc. long. ant. Mynningen af isthmus spatii i vänstra aperturen (*o. i. sp.*).

Bild 13. Snitt genom aortas främre vägg — i vänstra delen af högra klaffickan — och genom främsta (vänstra) delen af sept. ventricular. Ur detta uppstiger å ena sidan conus art. dexter, träffad nästan transverselt i djupa delen af vänstra pulmonal-klaffickan (*v. p. s.*) och fortsatt uppåt af art. pulm. i dess högre upp träffade högra klafficka (*v. p. d.*), å andra sidan aortaroten med dess köttiga infattning. Mellan conus dexter framåt (till höger på bilden) och aortaroten ligger spatiet (*i. sp.*), uppåt stängdt genom sammanväxningen mellan aorta- och pulmonalisväggarna, nedåt genom sept. ventr. Från spatiets botten fortsätter sig ned i septum en mängd fina muskelsprickor, fylda af lucker bindväf, hvarigenom spatiet här blir obestämdt begränsadt nedåt. Isthmus spatii.

Bild 14. Snitt genom främsta delen af aortaväggen — till vänster om högra klaffickans midt — sept. ventric., conus art. dexter och art. pulmon. i dess högra klafficka. Spatiets öfre begränsning bildas åter som i bild 1 af perikardiet öfver rännan mellan aorta och högra (bakre) sluttningen af conus dexter, här redan fortsatt af art. pulm. Nedre del af spatiet som i bild 1.

Bild 15. Skematisk skiss i naturlig storlek af aortas ursprungsdel och angränsande parti af vänstra kammarbasen, sedda inifrån. Teckningen är sammanstäld af de noga kopierade och till ett plan förlagda

inre (centrala) ytorna af den fullständiga serie snittbitar, som ligger till grund för bild. 1—14. De med siffror markerade räta linierna angifva läget för de på bilderna med motsvarande ordningsnummer afbildade snitten. Af aortaklaffarna äro endast ursprungsytorna markerade. De horisontalt streckade ytorna beteckna de till samma plan förlagda snittytorna af conus art. dexter (*c. d.*), högra förmakets laterala vägg (*atr. d.*) och förmaksskiljeväggen (*s. a.*) på den periferiska ytan af snittbitarna. De äro införda på teckningen genom utpunktering på de radiärssnitten motsvarande linierna af motsvarande gränspunkter för ytorna på dessa snitt samt punkternas sammanbindning med ledning af de här invändigt afbildade bitarnas periferiska ytor. På samma sätt äro också pulmonalisklaffarnas ursprungsränder (*v. p. d.* och *v. p. s.*), gränslinien mellan conus art. dexter och art. pulmonalis (*x*) samt spatiets öfre (*aa*) och nedre (*bb*) gränslinier projicierade på aortas resp. vänstra kammarväggens inre yta. I vertikal riktning längs de särskilda snittlinierna är bilden således fullt exakt. I horisontal riktning är den det endast beträffande hjärtats och aortas inre yta (frånsedt deras utbredning till ett plan) och tämligen exakt beträffande spatiets öfre och nedre gräns, hvaremot alla beteckningar för mera periferiskt belägna delar med hänsyn till snittbitarnas i verkligheten utåt tilltagande bredd måst sammanträngas i horisontal riktning till ett utrymme, som motsvarar de inre ytornas.

Lin. *aa* spatiets öfre gräns.
» *bb* » nedre gräns, afbruten fr. o. m. lin. 10 t. o. m. lin. 12 (vänstra aperturen).
» *y* den vänstra (bakre) gränslinien för den fastare sammanväxningen mellan aorta och lungarteren, öfvertager fr. o. m. lin. 11 till lin. 12 (i aperturen) den undre gränsliniens (*x*) rol (vid och omkring lin. 13) att afstänga spatiet uppåt. Vid snittlinien 12 sker öfvergången med en krök på gränskurvan.

Öfriga beteckningar äro de samma som på bild. 1—14.

Bild 16. Skiss af aortas ursprungsdel och angränsande parti af vänstra kammaren hos ett på vanligt sätt uppklipt och utbredt normalt kvinnohjärta. Naturlig storlek. De punkterade och streckade linierna beteckna periferiskt om aorta- och kammarväggen belägna partier, hvilka medels vertikalt genom väggen införda nålar markerats på dess insida (jfr texten, s. 16—17).

c. s., *c. s.* tunnare, membranös väggstrimma mellan aortaroten (i spatia intervalvularia markerad med streckning efter den i detta fall särdeles tydliga förstärkningen af cirkulära trådknippen) å ena sidan och pars membranacea septi, resp. ursprunget för främre mitralfliken å den andra = antydningar till självständig vägg för en con. art. sinister.

xx gränslinien mellan arteria pulmonalis och conus art. dexter på dessas utsida.

a'a del af linien *xx*, som ingår i spatiets öfre begränsning.

aa återstoden af spatiets öfre gräns, bildad af epikardiet.
ya högra (främre) kanten af sammanväxningsytan mellan aorta och art. pulmonalis.
bb spatiets nedre gräns, afbruten under främre delen af vänstra aortaklaffen och främre klaffmellanrummet (snittet ligger i vänstra aperturen).
Öfriga beteckningar ha samma betydelse som i bild. 1—15.

Bild 17. Afbildning af hjärtat från egna fallet. Ungefär $\frac{5}{6}$ naturlig storlek.

A	mynning till det dissekerande anevrismet.
a. c. d.	art. coron. dextra.
a. c. s.,	*a. c. s.'* art. coron. sin.
a. p.	art. pulmonalis.
aur. s.	auricula sinistra.
a. v.	aneurysma valvulare, rupturstället.
f	sammanvuxet parti af högra och vänstra aortaklaffarna.
n	ärrig bindväfsknöl i aorta i fortsättning af det nedflyttade gemensamma fästet för högra och vänstra klaffarna.
t	endokarditiskt ansväld och afsliten sensträng.
u, u	endokarditiska härdar och sår.
v. p., v. p.	venæ pulmonales.
v. s. d.	valvula semil. dextra aortæ, det mot kammaren omstjälpta partiet.
v. s. s.	valv. semil. sin. aortæ, bakre delen.
v. s. s.'	främre, mot kammaren omstjälpta delen af samma klaff.

INNEHÅLL.

Sid.

Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.

Fig. 1.

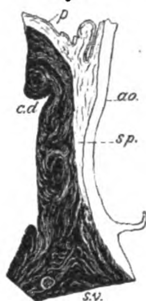


Fig. 2.



Fig. 3.

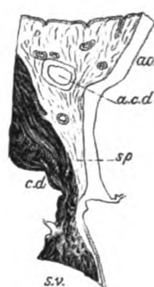


Fig. 4.



Fig. 5.

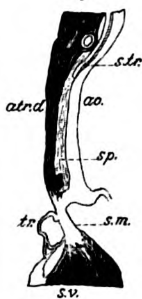


Fig. 6.



Fig. 7.

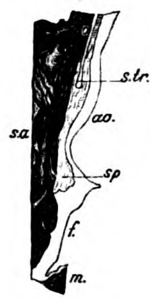


Fig. 8.

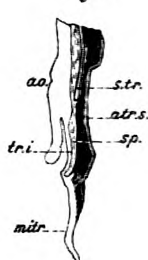


Fig. 9.

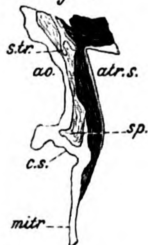


Fig. 10.

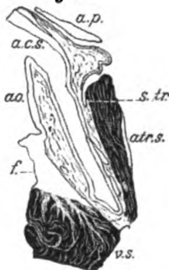


Fig. 11.

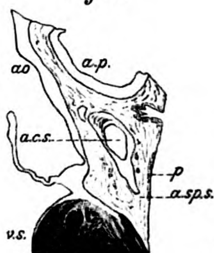


Fig. 12.



Fig. 13.

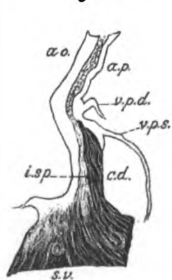


Fig. 14.



Fig. 15.

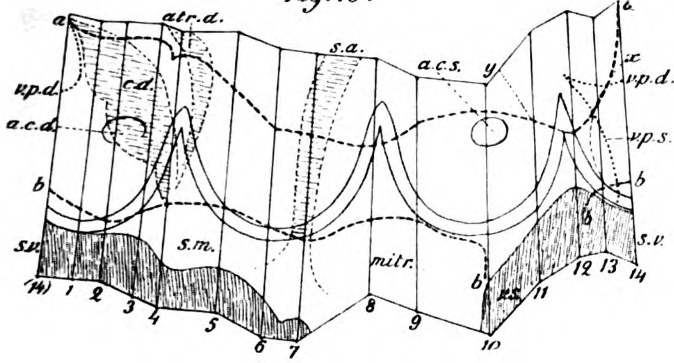
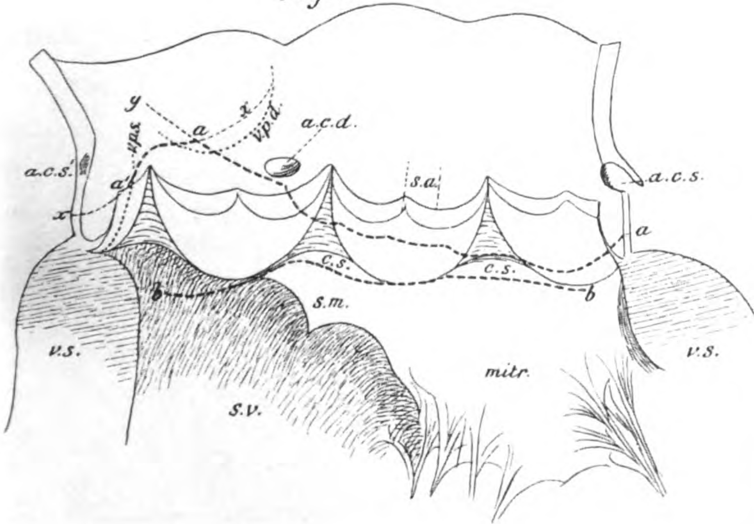
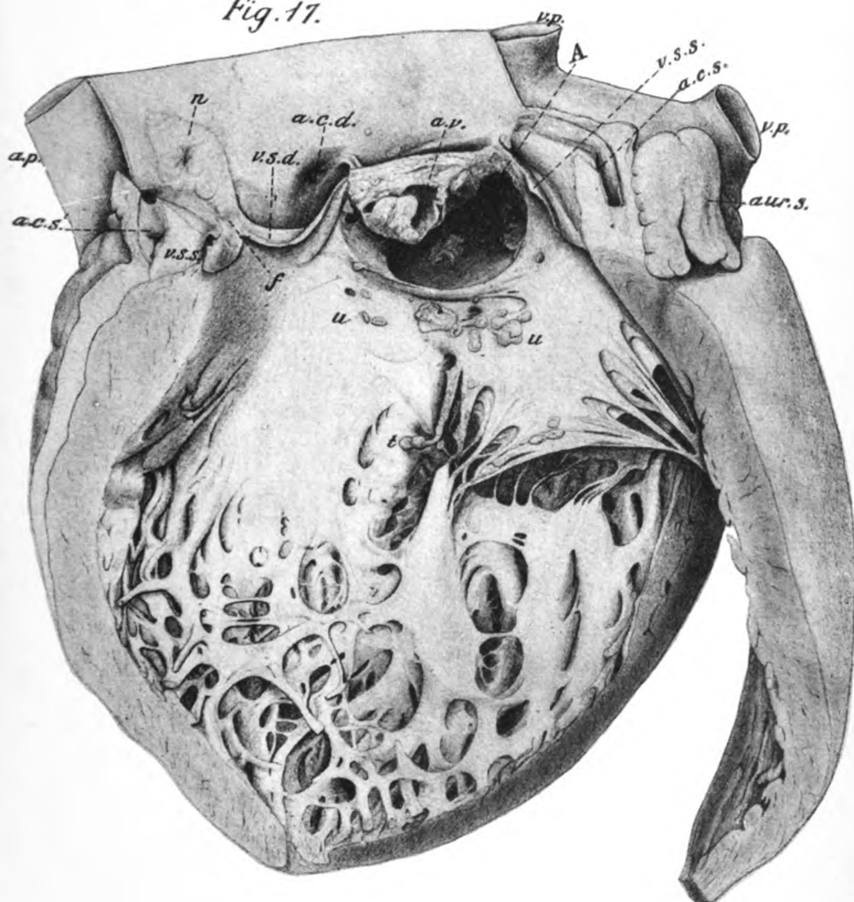

a
atr.d.
s.a.
a.c.s.
y
x
v.p.d.
c.d.
v.p.d.
a.c.d.
v.p.s.
b
b
b
s.v.
s.m.
s.v.
mitr.
b
v.s.
(14)
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14

Fig. 16.


y
a
x
v.p.d.
a.c.d.
v.p.s.
a.c.s.
a
s.a.
a.c.s.
x
a
c.s.
c.s.
b
b
s.m.
v.s.
v.s.
mitr.
s.v.



Ljustr. Gen. Stab. Lit. Anst.

Deux cas de tabes avec ophthalmoplégie externe, et de paralysie laryngée provenant de névrite périphérique. *

Par

KARL PETRÉN.

(Travail du laboratoire de M. le Dr. DEJERINE, à la Salpêtrière.)

HUTCHINSON [26]) a publié le premier cas d'ophthalmoplégie totale dont l'examen microscopique avait été pratiqué (par GOWERS). L'ophthalmoplégie s'était, dans ce cas, développée progressivement pendant plusieures années, et le malade était mort avec les symptômes d'une paralysie générale (GOWERS [24]). Il fut constaté une disparition presque totale des cellules ganglionnaires des noyaux des III^e^, IV^e^ et VI^e^ paires.

Depuis lors, on a admis en général que l'ophthalmoplégie (totale ou externe) est due le plus souvent à une lésion nucléaire. Les cas de cet ordre observés au point de vue clinique sont nombreux, mais le nombre des cas où l'on a pratiqué la recherche anatomique est resté assez restreint. En général, on a admis l'ophthalmoplégie externe comme le type de la paralysie oculaire d'origine nucléaire, mais on l'a fait surtout en partant d'arguments théoriques. Le fait que la paralysie se limite au muscles externes du bulbe, a été facilement expliqué par l'opinion émise par KAHLER et PICK [29]) [30]) et assez généralement reçue que les muscles internes de l'oeil seraient innervés par une partie séparée du noyau de l'oculomoteur, savoir l'ex-

* Une publication du premier de ces cas a déjà été faite par DEJERINE et par moi dans les Comptes-rendus de la Société de Biologie, du 25 Juillet 1896.

trême partie antérieure. De plus, MAUTHNER[40]) a donné une nouvelle raison de l'origine nucléaire de l'ophthalmoplégie externe, en attirant l'attention sur l'opinion, alors reçue, que cette extrême partie antérieure du noyau reçoit son sang de la carotide interne (c'est-à-dire des communiquantes postérieures), tandis que les autres parties du même noyau le reçoivent du tronc basilaire.

Une grande partie des cas d'ophthalmoplégie sont observés dans le cours du tabes ou de la paralysie générale. Je passe maintenant à l'énumération des cas de cet ordre, où l'examen anatomique a été pratiqué, en commençant par les observations qui appuient l'opinion de l'origine nucléaire de cette affection.

Dans deux cas de tabes avec ophthalmoplégie externe totale (la VI^e paire toutefois non paralysée dans l'un des cas), ROSS[56]) a constaté une lésion très accusée des noyaux des III^e et IV^e paires: les cellules ganglionnaires très altérées et très diminuées de grandeur et de nombre. (L'état des noyaux de la VI^e paire n'est pas décrit.)

Dans le grand travail de WESTPHAL et de SIEMERLING,[63]) publié par ce dernier, sont décrits trois cas (II, III, VI) de tabes avec ophthalmoplégie, dont deux (II, VI) étaient en outre compliqués de paralysie générale. Dans tous ces cas, les auteurs avaient constaté une dégénérescence marquée des noyaux des III^e et VI^e paires. Le noyau du pathétique était altéré dans un des cas, sain dans un autre, et n'avait pas été examiné dans le troisième.

BLOCQ et ONANOFF[4]) ont décrit un cas de tabes avec paralysie complète de la III^e paire, où ils constatèrent la disparition de presque toutes les cellules des noyaux des oculomoteurs et le remplacement de la plupart d'entre elles par de petits amas protoplasmiques amorphes, de dimensions variables.

ZERI[65]) a observé un cas de tabes »avec symptômes paralytiques» et une ophthalmoplégie des deux côtés, où les noyaux des III^e, IV^e et VI^e paires étaient considérablement atrophiés.

Un cas de tabes et de paralysie générale avec ophthalmoplégie droite a été observé par BOEDIKER,[6]) qui constata une atrophie très marquée du noyau de l'oculomoteur droit, et une lésion peu développée du noyau du VI^e nerf du même côté.

En outre, on possède cinq cas de paralysie générale avec ophthalmoplégie des deux côtés [BOEDIKER,[5]) WESTPHAL,[62])

WESTPHAL und SIEMERLING[63])], dont trois cas * dans lesquels on a observé une lésion très accusée des noyaux des IIIe et VIe paires. Dans l'un des cas [WESTPHAL und SIEMERLING[63]) VII], cependant, la fonction du VIe droit était conservée, et le noyau correspondant sain; un autre cas des mêmes auteurs (VIII), ne présentait qu'une parésie incomplète de l'oculomoteur droit; de plus, l'altération du noyau de la IIIe paire était moins marquée à droite qu'à gauche. Il y a toutefois lieu d'appeler l'attention sur la circonstance qu'il y avait dans le cas de WESTPHAL[62]) une névrite du pathétique, tandis que le noyau de ce nerf ne présentait aucune lésion.

Dans un cas de tabes avec ophthalmoplégie, BUZZARD[9]) a observé une destruction presque totale des noyaux de la VIe paire, causée par des hémorrhagies, mais il n'a pas examiné les noyaux des oculomoteurs.

DEJERINE et DARKCHEVITCH[15]) ont trouvé, dans un cas de tabes avec paralysie du VIe gauche, presque toutes les cellules ganglionnaires du noyau correspondant abolies.

Un cas très ressemblant a été décrit par EISENLOHR:[20]) tabes avec parésie du VIe droit et dégénérescence du noyau correspondant.

Enfin, MARINA[37]) a récemment publié un cas de tabes avec paralysie de l'oculomoteur droit, où il a constaté une réduction très marquée des cellules ganglionnaires du noyau correspondant, mais une atrophie du nerf encore plus prononcée, et augmentant vers la périphérie. L'auteur admet l'existence d'un processus névritique, indépendant de la lésion nucléaire, et possédant une assez grande importance clinique.

D'autre part, diverses observations sont de nature à faire soupçonner une origine périphérique pour certains de ces cas d'ophthalmoplégie chronique survenant au cours du tabes.

Dans un cas de tabes avec ptosis de gauche, KAHLER[28]) a trouvé les noyaux de la IIIe paire normaux, mais il n'a pas pratiqué l'examen des nerfs périphériques.

PITRES et VAILLARD[52]) ont constaté par contre, dans un cas de tabes avec ophthalmoplégie totale de gauche, l'atrophie complète de certains rameaux intramusculaires de l'oculomoteur; les noyaux de la VIe paire ne présentaient aucune lésion, mais les auteurs n'avaient pas examiné ceux de la IIIe.

---

* Le dernier de ces cas a aussi été publié par THOMSEN.[64])

Dans un cas de tabes avec ophthalmoplégie principalement à gauche, OPPENHEIM [48]) a trouvé les noyaux intacts, mais il n'a pas procédé à l'examen des nerfs périphériques. D'autre part, OPPENHEIM et SIEMERLING [47]) ont observé un cas de tabes avec parésie de l'oculomoteur droit, où ils ont constaté une dégénérescence très accusée du tronc du nerf et une atrophie presque complète des rameaux intramusculaires; les noyaux de la VI^e^ paire étaient intacts, mais l'examen des noyaux de la III^e^ paire n'a pas été pratiqué.

Enfin, il existe un cas, observé par DEJERINE, [14]) qui semble être d'un grand intérêt: dans ce cas, tabes avec ptosis des deux côtés, il a constaté que les troncs de la III^e^ paire étaient sains, mais les rameaux intramusculaires du releveur de la paupière atrophiés; les noyaux n'ont pas été examinés.

Les observations que nous venons de citer rendent très vraisemblable que l'ophthalmoplégie chronique survenant au cours du tabes peut être causée par une névrite périphérique. Cette opinion, d'abord énoncée par DEJERINE, [14]) a été plus ou moins contestée par quelques auteurs [MAUTHNER, [40]) WESTPHAL und SIEMERLING [63])], mais acceptée par d'autres [PITRES et VAILLARD, [52]) MARINA [37])]. Je ferai cependant remarquer qu'évidemment aucun des faits cités ne fournit de preuve irréfutable en sa faveur, vu que l'on ne connaît pas un seul cas dans lequel on ait constaté à la fois des noyaux sains et des nerfs atteints d'une névrite périphérique.

Grâce à l'exquise bonté de mon maître, M. DEJERINE, je suis à même de publier ici les deux cas suivants, qui constituent l'un et l'autre des exemples incontestables d'une ophthalmoplégie survenue au cours du tabes et relevant d'une névrite périphérique.

I. Le nommé V. âgé de quarante-neuf ans, porteur au chemin de fer du P. L. M., entre à l'hôpital Necker, salle Laënnec, N° 28, service du professeur PETER, supplé par M. DEJERINE, le 17 Mai 1893.

Antécédents héréditaires. Père mort à 74 ans, alcoolique; mère morte subitement à 69 ans. Frères et soeurs bien portants.

Antécédents personnels. Pas de maladie antérieure. Le malade dit n'avoir jamais eu la syphilis; on ne constate aucune cicatrice sur la verge, les ganglions inguinaux ne sont pas augmentés. Il ne paraît pas avoir fait d'excès alcooliques. Depuis dix ans environ, il ressent dans les membres inférieurs des douleurs fulgurantes et une sensation d'engourdissement. Depuis quelques années, affaiblissement de la vue.

Il se présente à l'hôpital pour des troubles oculaires. Acuité visuelle diminuée, les paupières tombées, et dyspnée, phénomènes qui remontent à près de deux mois et qui se sont développés très rapidement.

État actuel le jour de l'entrée.

Homme de haute taille, très vigoureux.

Abolition des réflexes patellaires. Sensibilité cutanée (tact, douleur et température) altérée aux membres inférieurs; retard de la transmission: 5 à 6 secondes. Troubles de la marche: il titube et écarte les pieds pour élargir sa base; l'incertitude de la marche est augmentée quand il ferme les yeux, mais il n'y a pas de signe de Romberg bien net. La sensibilité et la force musculaire des membres supérieurs intactes. Pas de paralysie de la face, de la langue, du pharynx et des masticateurs; pas de troubles de la parole ni de l'ouïe.

Appareil oculaire. Chute des deux paupières, complète à droite; à gauche l'oeil reste à moitié ouvert, et le malade peut relever spontanément la paupière. Contraction des muscles frontaux et élévation du sourcil des deux côtés (voyez le portrait, pl. 1).

Larmoiement persistant depuis le début de la maladie, dû probablement à la stase de la secrétion lacrymale, produite par l'absence du clignement et l'immobilité des globes oculaires.

L'oeil droit tout à fait immobile; le gauche conserve un mouvement d'abduction très limité, la cornée n'atteignant pas même l'angle externe dans les tentatives d'excursion du globe en dehors.

Les pupilles sont peu dilatées. Elles réagissent lentement et imparfaitement, surtout la droite, pendant les efforts d'accommodation. Le réflexe lumineux est conservé des deux côtés, quoique affaibli. Le réflexe à la douleur est conservé.

Réfraction et acuité visuelle:

O. D. Hypermét. 2 $V = \frac{2}{3}$
O. G. » 2 $V = 1$

Fond de l'oeil normal. Limites du champ visuel normales. Perception des couleurs intacte.

Diagnostic. Ophthalmoplégie externe complète avec parésie du sphincter pupillaire et du muscle de l'accommodation de droite.

Appareil respiratoire. Le malade présente un état permanent de dyspnée par paralysie des dilatateurs de la glotte. La respiration est sifflante. De temps à autre la dyspnée augmente d'intensité, et il survient des quintes de toux extrêmement pénibles pour le malade. A l'auscultation de la poitrine, on constate partout l'expiration prolongée avec râles confluents et sibilants, disséminés. — Le pouls est lent, 60—70, régulier. L'auscultation du coeur ne révèle rien de particulier sauf des bruits un peu sourds. — Pas de crises gastriques. Rien du côté de l'intestin.

Le malade souffre d'incontinence d'urine.

Le malade fut soumis à une cure de frictions mercurielles et à l'iodure de potassium à haute dose. Son état n'en fut pas amélioré; de jour en jour la dyspnée augmenta, et le malade succomba à un étouffement le 6 juin au soir.

Autopsie faite trente-trois heures après la mort. Les racines postérieures de la moelle épinière sont diminuées de volume et rosées dans la région dorso-lombaire.

Encéphale. Rien de particulier à noter à la surface et sur les coupes. Pas d'exsudat méningé à la base. Les racines et le tronc des 3^e et 6^e paires des deux côtés sont fortement atrophiées et grisâtres. Il en est de même des racines des pneumogastriques et des spinaux. La 4^e paire paraît normale. Les racines de l'hypoglosse ont leur volume et leur coloration ordinaires. Il en est de même du nerf optique.

Examen histologique des racines et des troncs nerveux. (Dissociation à l'état frais, après l'action de l'acide osmique et du picrocarmin.) L'examen a été pratiqué sur les nerfs et les racines des deux côtés. Les lésions constatées dans ces différents nerfs sont des lésions de névrite parenchymateuse aiguë (transformation de la myéline en boules et en gouttelettes, disparition du cylindre-axe, hyperplasie protoplasmique, multiplication des noyaux), tout à fait analogues à celles que l'on rencontre dans le bout périphérique d'un nerf sectionné depuis quelques semaines.

Dans les racines du *spinal* et du *pneumogastrique* des deux côtés, les altérations sont très accusées. Plus de la moitié des tubes dans le pneumogastrique sont atteints de dégénérescence wallérienne. Dans le spinal, la lésion est plus prononcée et presque tous les tubes nerveux ont pris une apparence moniliforme par segmentation de la myéline. Dans tous les tubes altérés, le cylindre-axe a disparu. Les *récurrents* et les nerfs musculaires des *thyro-aryténoïdiens latéraux* présentent des altérations analogues à celles des racines du spinal, et les tubes normaux y sont très rares. Les nerfs musculaires des *crico-aryténoïdiens postérieurs* sont complètement abolis; on ne voit aucune fibre bien colorée. — Les racines et le tronc de la 3^e *paire* des deux côtés sont extrêmement altérés, et la très grande majorité des tubes nerveux est en voie de dégénérescence. Les racines de la 6^e *paire* présentent les mêmes lésions des deux côtés que celles de la 3^e. — La 4^e *paire*, par contre, aussi bien du côté droit que du côté gauche, ne présente du côté des racines et du tronc que des altérations sinon nulles, du moins très douteuses.

En résumé, l'examen histologique montre ici l'existence d'une névrite parenchymateuse à marche aiguë et au même stade d'évolution dans les différentes racines et nerfs examinés. A noter encore, entre les tubes nerveux, la présence d'un grand nombre de corps granuleux également caractéristiques de la marche rapide du processus.

Examen histologique du bulbe, de la protubérance des pédoncules cérébraux et de la moelle épinière à l'aide de coupes microscopiques sériées, pratiquées après durcissement dans le liquide de Müller. Méthodes de Weigert, Pal, Rosin, carmin, blue-black.

Moelle épinière. Dans toute la hauteur de la moelle, dégénérescence très marquée des racines postérieures. La pie-mère sans altération. Quant à la moelle, les coupes de Pal ne donnent de différence bien nette pour aucune des parties de la coupe, mais sur les

coupes de Rosin, carmin ou blue-black, la coloration des zones radiculaires moyennes des cordons de Burdach se présente un peu plus forte que celle des autres parties de la substance blanche. Avec un grossissement plus considérable, on y voit le tissu neuroglique légèrement augmenté. Cette augmentation n'est toutefois pas très évidente, du fait qu'il y a dans ces parties une altération des fibres nerveuses qui trouble les images.

Dans les coupes de Pal, les fibres sont considérablement gonflées, mais elles ont conservé une coloration aussi forte que celle des fibres normales, et l'on n'en peut pas observer la structure. Dans les coupes de Rosin ou de blue-black ou encore mieux dans les coupes après coloration en masse avec du carmin, il est possible de reconnaître que l'altération a atteint de préférence ou seulement les cylindres-axes. On peut constater comment ceux-ci se gonflent et se colorent moins fortement, surtout dans les parties les plus centrales. Ainsi l'on observe beaucoup de fibres nerveuses gonflées présentant une partie centrale peu ou point colorée, mais toute la zone périphérique du cylindre-axe ou seulement quelques granules de la périphérie colorés (Fig. I *c*). D'autres fibres ont les cylindres-axes dans le plan de la coupe (transversale); ceux-ci sont en général plus ou moins recourbés, assez souvent en deux ou trois inflexions, parfois, mais plus rarement en forme de petite pelote (Fig. I *b*). Cette altération des fibres nerveuses existe, en dehors des parties indiquées des cordons postérieurs, dans les parties postérieures des zones périphériques des cordons latéraux. Elle est le plus développée dans la région dorso-lombaire et dans l'intumescence cervicale. Aucune altération distincte des vaisseaux.

Enfin, je crois devoir faire spécialement observer qu'on voit sur la moelle, durcie dans le liquide de Müller, les parties énumerées ci-dessus, constituant le siège de cette altération des fibres nerveuses, se marquer distinctement en jaune dans les coupes transversales, tandis que les autres parties de la substance blanche présentent la coloration foncée, normale, et cette différentiation de la moelle durcie n'a aucunement dans les coupes de Pal la correspondance, à laquelle on s'attendait.

La dégénérescence très marquée des racines postérieures et l'augmentation peu développée du tissu neuroglique dans les cordons de Burdach prouvent que l'on se trouve ici en présence d'un tabes à son début, comme l'indique aussi l'observation clinique.

La description de l'altération des fibres nerveuses doit clairement montrer que cette altération n'est absolument pas due au tabes. Mais la coloration jaune des parties altérées sur la moelle durcie dans le liquide de Müller, la coloration normale des mêmes parties dans les coupes de Pal, le gonflement très marqué des cylindres-axes, et le fait que ceux-ci ne se colo-

rent en même temps pas aussi bien, l'absence d'altérations des vaisseaux et d'une forte augmentation du tissu neuroglique, tous ces caractères sont décidément ceux de »l'altération cachechtique de MINNICH».

Cette altération a été décrite en premier lieu par MINNICH,[43]) qui l'a observée dans quelques cas d'anémie pernicieuse, de leucémie, de cancer, d'ictère chronique, de tumeur du cervelet et de néphrite chronique. Je [50]) l'ai trouvé depuis dans un cas de tuberculose, mais j'en ai pu constater l'abscence dans neuf cas d'anémie pernicieuse. Il en résulte évidemment que cette altération ne constitue nullement l'un des caractères de l'anémie pernicieuse, puisqu'elle est assez rare dans cette maladie, et qu'elle peut survenir dans plusieurs autres produisant un état cachechtique. *

MINNICH [43]) suppose que cette altération provient d'un oedème de la moelle pendant les derniers temps de la vie, occasionnant le gonflement des fibres nerveuses et les rendant si fragiles, qu'elles se rompent en se rétrécissant par le durcissement. Quant à moi, je n'oserais pas affirmer avec une sûreté absolue que cette altération ne peut être survenue après la mort, mais il me semble très vraisemblable que, comme le suppose MINNICH, elle se développe déjà pendant les derniers temps de la vie. Quoi qu'il en soit, elle manque de toute importance clinique, mais il faut bien s'y connaître pour ne pas se tromper en la confondant avec d'autres altérations qui donnent naissance à des symptômes cliniques; cela peut arriver facilement, surtout si l'on ne procède pas à un examen microscopique, la coloration jaune des parties provenant de cette altération étant très nette sur la moelle durcie dans le liquide de Müller.

Quant au cas présent, il me semble parfaitement clair que l'altération décrite des fibres nerveuses n'est point due au tabes, mais qu'elle a commencé pendant les derniers temps de la vie (ou est survenue après la mort??); elle relève probablement

* Il faut bien distinguer ces cas d'anémie pernicieuse avec »altération cachechtique» des cas, d'ailleurs assez rares, de la même maladie, où elle est combinée avec le tableau clinique, complètement développé, d'une maladie spinale due à des dégénérescences et à des scléroses très accusées des cordons postérieurs et souvent aussi des cordons latéraux. Des cas de cet ordre ont été publiés d'abord par LICHTHEIM, puis par MINNICH,[43]) BOWMAN, moi [50]) et plusieurs autres auteurs; j'ai cru pouvoir démontrer qu'ils constituent une forme spéciale de maladie de la moelle.

de l'état cachechtique, causé par les progrès rapides de la maladie.

L'examen des coupes sériées pratiquées depuis l'extrémité inférieure du bulbe jusqu'au-dessus des noyaux de la III^e paire, ne permet pas de constater l'existence d'aucune espèce de lésions.

Le réseau des fibres nerveuses et les cellules ganglionnaires ne présentent aucune espèce d'altération. Les cellules des noyaux du spinal, du pneumogastrique, de la 3^e, de la 6^e et de la 4^e paire, sont aussi normales que les cellules des noyaux du facial et de l'hypoglosse. Elles sont tout aussi nombreuses que sur des préparations provenant de sujets sains, et on ne constate pas de changement dans la position de leur noyau. Dans les noyaux des cordons de Goll et de Burdach, comme dans les colonnes de Clarke, le résau des fibres nerveuses se présente bien conservé. En outre, tandis que les racines des 3^e et 6^e paires, du spinal, du pneumogastrique et du glosso-pharyngien présentent, à partir de leur émergence, des altérations considérables de névrite parenchymateuse, la partie de ces racines qui est intra-bulbaire, intra-protubérantielle et intra-pédonculaire, n'offre aucune espèce d'altération appréciable au Weigert ou au Pal. La racine descendante du trijumeau et le faisceau solitaire sont sains des deux côtés.

Au point de vue clinique, ce cas paraît intéressant en ce qu'il constitue un exemple très net d'ophthalmoplégie externe et de paralysie laryngée à marche très rapide, survenues au cours du tabes. Or, on sait que dans cette affection, ces accidents ont en général une marche plus lente.

Au point de vue anatomo-pathologique, cette observation constitue un exemple très net d'ophthalmoplégie et de paralysie laryngée d'origine périphérique. Dans le cas actuel, en effet, les lésions étaient celles de la névrite parenchymateuse aiguë et tout à fait analogues à celles que l'on retrouve dans le bout périphérique d'un nerf sectionné depuis quelques semaines.

Enfin, je viens encore appeler l'attention sur un fait qui a déjà été signalé, et qui ne semble pas d'une interprétation facile. Dans le cas rapporté ici, les racines des III^e et VI^e paires, du spinal, du pneumogastrique et du glosso-pharyngien, si profondément altérées dès leur émergence, étaient intactes dans leur trajet intra-bulbaire, intra-protubérantiel et intra-pédonculaire. En d'autres termes, la lésion des racines n'existait que dans leur trajet extra-encéphalique. Quant aux racines motrices, j'y reviendrai. Si l'on ne considère que les racines intra-bulbaires du pneumogastrique et les faisceaux solitaires qui constituent probablement une racine sensitive de

la IX[e] paire, c'est un état presque analogue à celui qu'on observe dans la moelle épinière. En effet, les racines postérieures sont ici très altérées dans leur trajet extra-médullaire, tandis que l'on n'observe qu'une dégénérescence insignifiante chez les cordons postérieurs, formés, comme on le sait maintenant avec une certitude complète, en majeure partie par le trajet intra-médullaire de ces racines (PFEIFFER, SOTTAS, GOMBAULT et PHILIPPE, SAUQUEZ et MARINESCO, DEJERINE et SPILLER, DEJERINE et THOMAS etc.). Au point de vue anatomique, les racines descendantes du trijumeau et les faisceaux solitaires sont tout à fait analogues aux cordons postérieurs; les fibres de ces racines prennent en effet leur origine des cellules du ganglion de Gasser et du ganglion du glosso-pharyngien (ganglion petrosum), comme les fibres des cordons postérieurs des ganglions inter-vertébraux et les fibres des premières se terminent dans les noyaux sensitifs de ces nerfs, comme les fibres des derniers dans les noyaux des cordons postérieurs du bulbe.

On sait depuis longtemps, d'ailleurs, que *dans les cas de tabes au début, les racines spinales postérieures sont plus dégénérées que* leur prolongement dans la moelle, c'est-à-dire *les cordons postérieurs. Ainsi cette observation constitue un exemple d'un fait analogue quant aux fibres sensitives des nerfs crâniens.* Cependant, ces faits ne sont pas encore expliqués. On pourrait soupçonner, en effet, que les »faits» en question ne sont qu'une erreur due à nos méthodes incomplètes, vu que la structure anatomique des racines, différente de celle des cordons (l'isolement des fibres des premières est plus complet par suite d'un développement plus riche du tissu interstitiel) fait qu'on reconnaît plus facilement une lésion légère des premières, du moins quand on n'emploie pas la méthode de Marchi. * Évidemment ce n'est plus qu'une supposition dont la preuve reste à faire, mais qui peut être contrôlée par l'emploi de la méthode de Marchi dans des cas se prêtant à cette recherche.

II. ** Le nommé Poul., âgé de trente-sept ans, briquetier, entre à Bicêtre, service de M. DEJERINE, le 17 mai 1886.

---

* J'ai essayé, de pratiquer la méthode de Marchi sur la moelle de ce cas, mais en vain, la moelle ayant déjà séjourné trois ans dans le liquide de Müller.

** L'observation clinique de ce cas est déjà publiée dans la thèse de J. MARTIN (De l'atrophie du nerf optique, Berne 1889).

Antécédents héréditaires. Père mort à 47 ans, alcoolique, s'est pendu après la mort de sa femme, décédée à 36 ans d'un cancer du sein. Famille de quatre enfants dont deux morts d'affections aiguës, non nerveuses. Grands-parents peu connus, rien de nerveux à la connaissance du malade. Marié, père de quatre enfants, dont deux morts de méningite, et deux autres (deux et trois ans) bien portants.

Antécédents personnels. Scarlatine vers cinq ou six ans. Syphilis en 1873: chancre, plaques muqueuses à la bouche et à l'anus.

En 1883, premiers symptômes de l'affection actuelle. Il remarque qu'il perd l'équilibre lorsqu'il veut lancer les briques, opération qui exige une certaine adresse. A ce moment, il n'a pas ressenti encore la moindre douleur lancinante. Déjà au mois de juin de la même année, le malade remarque qu'il lance fortement les jambes et use beaucoup les talons de ses souliers. Il entre alors à la Charité (service de M. DREYFUS), où on fait le diagnostic d'ataxie. Les troubles locomoteurs augmentent encore, et en 1885 apparaissent de légères douleurs lancinantes dans les genoux, les cuisses et les mollets. Il est reçu à ce moment à la Pitié (service de M. LANCERAUX), et les médecins remarquent chez lui une chute de la paupière gauche. A partir de cette époque, il a de temps à autre un brouillard devant les yeux, et quand il est fatigué par la lecture, il voit double.

Au commencement de l'année 1888, la vue subit un affaiblissement notable et rapidement progressif. Depuis une année, le malade ne distingue plus que la clarté du jour; il voit les objets blancs et entrevoit les personnes qui passent devant lui comme des ombres. Depuis qu'il est aveugle, dit-il, c'est-à-dire depuis une année, il lance beaucoup moins les jambes et sa marche est plus régulière. Depuis le même temps le malade souffre de violents maux de tête.

État actuel (pendant l'année 1889).

Motilité. La force musculaire est encore considérable dans les membres inférieurs. Couché, le malade résiste très bien à la flexion et à l'extension passive de la jambe sur la cuisse. Cependant il ne peut se tenir debout sans être soutenu, et d'ordinaire ne peut marcher qu'à l'aide de son chariot. L'incoordination des membres inférieurs est très visible lorsqu'on fait faire au malade certains mouvements dans la position horizontale. A l'état de repos, on remarque des secousses musculaires en même temps qu'une diminution du tonus. — Légère incoordination dans les extrémités supérieures; la force des muscles conservée.

La *sensibilité* au contact est diminuée aux membres inférieurs. Les piqûres, le froid et le chaud sont bien perçus, mais avec un léger retard. Dans les membres supérieurs, troubles de la sensibilité peu prononcés: les contacts, les piqûres, le froid et le chaud sont perçus sans retard. Parfois, et d'une manière transitoire, le malade remarque que ses doigts ont un toucher moins fin et distinguent moins facilement la nature des objets touchés: métal, bois, verre. — Réflexes plantaires très forts. Pas de signe de Romberg. Les douleurs lancinantes ont diminué de fréquence et d'intensité depuis la cécité.

Examen des yeux. Ptosis à gauche. A droite, parésie des muscles droit supérieur, droit externe et oblique inférieur. A gauche, parésie des muscles correspondants, plus marquée pour les deux droits. Signe d'Argyll-Robertson. Perception lumineuse conservée. Atrophie grise des papilles.

Depuis, l'état du malade est resté principalement le même, mais il est survenu des crises laryngées et une paralysie des dilatateurs de la glotte. Le malade est mort d'un étouffement pendant l'année 1894.

Examen histologique des racines et des troncs nerveux. (Dissociation à l'état frais comme dans le cas précédent.) Les lésions constatées tout à fait différentes de celles du cas précédent: les fibres ne sont presque jamais en voie d'altération; partout très peu de corps granuleux ou d'augmentation des noyaux; les fibres sont seulement atrophiées, ou aussi l'on trouve les gaines tout à fait vides. On voit en un mot ici tous les caractères d'un processus à évolution chronique et très lente.

Les nerfs suivants ont été examinés. Dans les racines du *pneumogastrique* et du *spinal*, des deux côtés, existe une lésion très nette, principalement marquée à gauche. Les rameaux périphériques des nerfs du larynx sont encore plus altérés que les racines. La destruction la plus complète s'observe chez les nerfs musculaires des *crico-aryténoïdiens postérieurs;* ici l'on ne rencontre qu'un petit nombre des fibres conservées et la plupart des gaines sont vides.

Les troncs de la *3e paire* des deux côtés présentent une lésion presque aussi grave que celle des rameaux périphériques du larynx.

A la queue de cheval, la disparition des fibres est très accusée.

Moelle épinière. Durcissement dans le liquide de Müller. Coloration d'après les mêmes méthodes que dans le cas précédent.

Abolition presque complète de la totalité des fibres des racines postérieures tout le long de la moelle.

Les racines antérieures saines.

La pie-mère tout le long des cordons postérieurs épaissie, contenante un très grand nombre de vaisseaux augmentés de volume et le plus souvent remplis de sang. Cette altération est moins marquée dans la région cervicale que plus bas.

Quant à la moelle, on remarque les altérations typiques d'un tabes complètement développé.

Tout le long de la moelle, rétraction des cordons postérieurs. Ces cordons dans les régions sacro-lombaires et dans la partie inférieure de la dorsale complètement dégénérés, sauf le bord antéro-latéral (faisceau cornu-commissural), qui est partout conservé. Dans la partie supérieure de la moelle dorsale et dans la moelle cervicale, on voit dans la moitié postérieure des cordons de Burdach un certain nombre de fibres qui se colorent par l'hématoxyline; dans la moitié antérieure, seulement le bord antéro-latéral conservé; les cordons de Goll et les zones de Lissauer complètement dégénérés.

Les capillaires des cordons postérieurs présentent des parois épaissies, offrant l'aspect d'une dégénérescence hyaline; cette altération peut être suivie jusqu'aux noyaux des cordons postérieurs du bulbe.

Les cordons antéro-latéraux sains.

Les cornes antérieures et leurs cellules sans altérations. Les cornes postérieures légèrement diminuées de volume. Dans les colonnes de Clarke, les cellules ganglionnaires tout à fait indemnes; le réseau des fibres nerveuses disparu.

Tronc du cerveau. L'examen a été fait par des coupes sériées, pratiquées depuis l'extrémité inférieure du bulbe jusqu'au-dessus des noyaux de la III[e] paire. Coloration comme auparavant.

La dégénérescence des cordons postérieurs peut être suivie jusqu'à leurs noyaux; elle reste complète dans les cordons de Goll, mais dans ceux de Burdach, les fibres saines augmentent un peu en nombre vers le haut, en formant un stratum le long de la périphérie des cordons (sauf du côté interne). La dégénérescence se limite ainsi au centre de ces cordons, et y peut être suivie jusqu'aux noyaux externes de Burdach, qui commencent en dedans des cordons dans leurs parties externes, au dessus du bout inférieur des noyaux internes des mêmes cordons.

L'examen des noyaux des cordons postérieurs ne permet de constater aucune altération distincte des cellules. Le résau des fibres nerveuses semble parfaitement conservé dans les noyaux internes des cordons de Burdach (Fig. II *a*), mais il est presque complètement disparu dans les noyaux externes des mêmes cordons (Fig. II *b*). Dans les noyaux des cordons de Goll, le réseau semble en général bien conservé, mais dans les parties les supérieures et dans les postéro-supérieures, il est nettement atrophié (Fig. II *f*). L'examen de la série de coupes alternantes de Pal et de carmin, permet de suivre la zone des fibres dégénérées située en arrière de la substance grise des noyaux, jusqu'aux parties de ces derniers où le réseau des fibres nerveuses est atrophié.

Ruban de Reil sans trace d'altération.

Les faisceaux solitaires diminués de volume, surtout à gauche (Fig. II *g*); dans les coupes de carmin, ils présentent une sclérose nette. Les racines des spinaux, des pneumogastriques et des glossopharyngiens très atrophiées dans leur trajet intra-bulbaire. L'examen de ces racines à leur émergence permet de constater une augmentation très accusée du tissu fibreux qui les entoure et un nombre considérable des grands vaisseaux. Les cellules du noyau sensitif des nerfs mixtes (XI[e], X[e] et IX[e]) ne présentent aucune espèce de lésions. Quant au réseau de ces noyaux, peu développé à l'état normal, je n'y ai pu constater aucune atrophie indiscutable, mais ces noyaux, comme ceux de l'hypoglosse, présentent un assez grand nombre d'hémorrhagies, toutes très petites et récentes; les hématies encore bien conservées. Aucunes traces d'îles de sclérose ni d'autres altérations pouvant provenir d'hémorrhagies plus anciennes. Dans le noyau moteur du pneumogastrique, je n'ai pu constater aucune lésion des cellules. La moitié inférieure du quatrième ventricule présente une légère épendymite.

Les cellules des noyaux des XII[e] (Fig. II *h*) et VII[e] paires parfaitement conservées, et les racines intra-encéphaliques de ces nerfs sans aucune altération.

Les racines descendantes du trijumeau profondément dégénérées sur toute leur longueur (Fig. II *c*); dans les coupes de carmin, on remarque une sclérose bien développée, et il ne reste qu'un petit nombre de fibres. Dans la substance gélatineuse de Roland, en dedans de cette racine, le réseau des fibres nerveuses est atrophié (Fig. II *e*); cette lésion est nettement marquée, du moins au niveau de l'entrecroisement des pyramides, où cette substance grise est le mieux développée. — Quant aux racines ascendantes du trijumeau, je n'ai pas pu observer de lésions incontestables; les cellules du locus coeruleus parfaitement conservées, comme aussi celles du noyau moteur du trijumeau, situé au niveau de la sortie du nerf. La racine venant de ce noyau n'est pas altérée, et on peut parfaitement la différencier à la sortie du nerf de la racine sensitive très dégénérée, qui est située ici un peu en arrière et en dehors de l'autre.

Les racines de la VI^e paire sont considérablement atrophiées dans leur trajet intra-protubérantiel, et réduites à un tiers environ de leur volume normal. En examinant les noyaux du même nerf, on trouve le plus grand nombre des cellules tout à fait indemnes, mais quelques-unes paraissent légèrement altérées; elles sont réduites de volume, plus fortement colorées que les autres, et leurs noyaux sont moins bien ou nullement visibles. Dans tous les cas, la lésion du noyau est sinon douteuse, du moins très legère, et ne peut aucunement expliquer celle des racines. On constate dans le noyau quelques petites hémorrhagies récentes.

Les noyaux et les racines du pathétique ne présentent aucune lésion.

Les racines intra-pédonculaires de la III^e paire paraissent quelque peu atrophiées. Les cellules de toutes les parties du noyau bien conservées; seulement dans la partie postérieure un petit nombre de cellules semblent avoir subi la même altération que certaines cellules du noyau de la VI^e paire, mais cette lésion est douteuse. Dans la partie la plus antérieure du noyau, située au niveau de la commissure postérieure, * on remarque un assez grand nombre d'hémorrhagies, récentes comme celles constatées dans les noyaux des pneumogastriques, mais un peu plus grandes.

Ce cas constitue un exemple incontestable d'une ophthalmoplégie externe, tout à fait chronique, survenue au cours du tabes et relevant d'une névrite périphérique; en effet, les lésions très legères ou douteuses des cellules des noyaux des III^e et VI^e paires ne peuvent aucunement expliquer l'atrophie des nerfs, très accusée et subsistant depuis plusieurs années, et les hémorrhagies observées dans les noyaux étaient, comme je l'ai déjà dit, récentes et avaient évidemment été sans influence sur l'état des cellules.

* Je laisse ici de côté la question de savoir si ce noyau est en rapport non avec l'oculomoteur, mais avec la commissure postérieure, comme BERNHEIMER[8]) l'a prétendu.

Si l'on parcourt l'énumération faite au début de ce travail des cas d'ophthalmoplégie dans le tabes et dans la paralysie générale, où un examen anatomique a été pratiqué, il est facile de constater que les noyaux étaient atteints dans tous les cas où il y avait eu une paralysie générale isolée ou compliquée de tabes. La seule exception à ce fait est constituée par l'observation de WESTPHAL,[62]) dans laquelle le noyau du pathétique était sain, mais le nerf dégénéré; il faut pourtant remarquer, que l'on a récemment contesté que le groupe de cellules généralement admis comme le noyau de la IVe paire est en relation avec ce nerf (KAUSCH [31]).

D'autre part, parmi les cas de tabes sans les symptômes de la paralysie générale, les cas où une affection périphérique est prouvée (les deux cas publiés ici) ou ceux où elle semble probable [MARINA,[37]) OPPENHEIM,[48]) PITRES et VAILLARD,[52]) KAHLER,[28]) DEJERINE,[14])] sont en nombre égal à ceux d'origine centrale. Ainsi, on pourrait soupçonner que *la paralysie générale dispose aux lésions des noyaux des nerfs moteurs du bulbe oculaire, tandis que le tabes cause une névrite périphérique de ces nerfs aussi souvent que la lésion nucléaire.* Évidemment il faut un nombre encore plus grand d'observations pour que cette question puisse être considérée comme résolue.

On possède des observations analogues au sujet d'un autre nerf crânien moteur, le XIIe. On sait, par les travaux de LUBINOFF,[35]) de MENDEL,[41]) de WESTPHAL et de SIEMERLING,[63]) que le noyau de ce nerf est souvent dégénéré dans la paralysie générale. D'autre part, il existe quelques observations de tabes compliqué d'hémiatrophie de la langue, où l'examen anatomique a été pratiqué; dans deux cas de cet ordre, on a constaté une lésion du noyau de l'hypoglosse correspondant [RAYMOND et ARLAUD,[54]) HOCH et MARIE,[32])] mais dans un autre cas, l'atrophie était due à une névrite périphérique (OBERSTEINER [45]).

L'ophthalmoplégie se développant sans tabes peut aussi relever d'une névrite périphérique. En effet, MEYER[42]) a publié un beau cas de cet ordre, il y a déjà plusieurs années. C'était celui d'un homme âgé, qui ne fut observé que dans les derniers jours de sa vie; il présentait une ophthalmoplégie externe, totale et des troubles de la sensibilité très accusés. Tous les noyaux des nerfs crâniens étaient sans aucune espèce de lésions, mais il fut constaté une dégénérescence aiguë, presque

totale, des nerfs des III^e^, IV^e^ et VI^e^ paires, et une lésion bien nette de plusieurs autres nerfs périphériques. Cette observation très intéressante est, au point de vue anatomique, tout à fait analogue au premier cas rapporté ici, abstraction faite des altérations peu développées dues au processus tabétique.

Il n'a pas été publié d'autres observations qui prouvent aussi évidemment l'existence d'une ophthalmoplégie externe d'origine périphérique, mais quelques-unes du moins sembleraient la faire présumer. Ainsi, EISENLOHR,[21]) DRESCHFELD,[19]) CHARCOT et MARINESCO[11]) et MARINA[34]) ont observé chacun un cas d'ophthalmoplégie externe (sans tabes), dans lequel l'examen des noyaux et des troncs des III^e^ et VI^e^ paires n'a permis de constater aucune lésion. Si l'on veut essayer d'expliquer ces faits, il faut se rappeler l'observation très instructive de DEJERINE,[16]) déjà citée: un cas de tabes avec ptosis des deux côtés, les troncs de la III^e^ paire étant sains, mais les rameaux intramusculaires du releveur de la paupière atrophiés. En d'autres termes, la névrite peut quelquefois commencer dans les rameaux tout à fait périphériques des nerfs et y rester sans atteindre les troncs (du moins pendant un certain temps). Quoique les nerfs intramusculaires n'aient pas été examinés dans les cas cités ci-dessus, il est néanmoins très vraisemblable que l'ophthalmoplégie est due à une névrite tout à fait périphérique, explication sur laquelle MARINA[37]) attire aussi l'attention. Il est encore à remarquer que ces auteurs ne semblent pas avoir pratiqué la dissociation des nerfs à l'état frais après l'action de l'acide osmique, la méthode la plus sensible à coup sûr pour étudier les lésions des nerfs.

BRISTOWE[7]) a observé un cas de maladie de Basedow avec ophthalmoplégie externe, où il n'a pu constater aucune lésion des noyaux, mais sans examiner les nerfs périphériques.

Enfin, on a probablement commis une erreur, en voulant motiver l'origine nucléaire de l'ophthalmoplégie externe par l'origine différente des vaisseaux des diverses parties du noyau de l'oculomoteur; plusieurs auteurs ont démontré, en effet, dans le courant de ces dernières années, que les rameaux du tronc basilaire fournissent du sang à toutes les parties de ce noyau [d'ASTROS,[1]) SHINNAMURA,[60]) MARINA[37])].

Le commencement de la névrite dans les parties les plus périphériques des nerfs, constitue évidemment l'évolution ordi-

naire de cette affection dans le tabes (comme aussi des autres formes de névrite). Cette forme d'évolution est très probablement due à une loi générale: une affection parenchymateuse des fibres nerveuses atteint en premier lieu les parties les plus périphériques des fibres, vu que ces parties sont les plus éloignées du centre trophique, et par conséquent les moins résistantes aux actions morbides. On possède des exemples très nombreux de ce fait dans les maladies de plusieurs parties du système nerveux. — Ainsi dans les deux cas rapportés ici, on a pu constater que les nerfs intramusculaires du larynx étaient plus dégénérés que les racines correspondants.

J'ai déjà signalé le fait que les racines des III^e^ et VI^e^ paires étaient saines dans leur trajet intra-encéphalique dans le premier cas, où l'ophthalmoplégie était récente; dans le second, où cette paralysie avait déjà duré plusieurs années, les racines correspondantes étaient atrophiées (principalement celles de la VI^e^ paire). *Cette différence entre les deux cas se laisse évidemment expliquer par l'ascension de la névrite:* dans le cas aigu, elle n'avait pas encore atteint les parties des fibres nerveuses les plus rapprochées de leur centre trophique.

Il existe aussi des observations parfaitement analogues au sujet des nerfs moteurs des membres. Dans le grand travail de DEJERINE [16]) sur l'atrophie musculaire, survenant au cours du tabes, cet auteur a démontré que celle-ci relève d'une névrite périphérique, et que la névrite était dans tous les dix cas examinés par lui d'autant plus accusée qu'on s'approche des extrémités périphériques des nerfs; en d'autres termes, elle était ascendante. Le même fait a aussi été constaté par quelques autres auteurs [CONDOLÉON, [12]) PREVOST, [53]) ROSOLINO COLELLA [55]); ce dernier n'a cependant pas examiné des cas de tabes, mais de paralysie générale]. De plus, DEJERINE [16]) a remarqué que les racines antérieures étaient saines dans six cas et dans les quatre autres ne présentaient que des altérations très légères; dans ces derniers, il s'agissait d'amyotrophie évoluant depuis de longues années (trente ans dans un cas, vingt ans dans un autre, les deux derniers depuis dix ans). Dans les autres cas, la dégénérescence n'avait évidemment pas encore atteint les parties des nerfs les plus rapprochées de leur centre trophique. Comme on le voit, c'est un état de chose analogue à celui observé dans les deux cas actuels pour les nerfs moteurs des yeux.

Le second cas a présenté des lésions non douteuses, quoique très légères, des noyaux des III et VI paires. Comme l'ophthalmoplégie avait duré plusieurs années, ces lésions doivent évidemment être comprises comme des altérations rétrogrades. Les cerveaux ayant été durcis dans le liquide de Müller, l'examen des noyaux des nerfs crâniens n'a pas pu être pratiqué à l'aide de la méthode de Nissl. Il est possible que l'emploi de cette méthode eût révélé l'existence de modifications du réseau de chromatine dans les deux cas. On sait que, dans le courant des dernières années, des recherches à l'aide de cette méthode nous ont fait connaître l'existence de lésions des cellules ganglionnaires (filaments chromatiques des prolongements nerveux en partie disparus, noyau émigré vers la périphérie, partie centrale des cellules dépouillée des éléments chromatophiles) dans des cas de névrite d'origine périphérique, où les méthodes anciennes n'ont montré aucune espèce d'altération [MARINESCO,[38])[39]) BALLET et DUTIL[2])]; dans d'autres cas, ces lésions rétrogrades se sont montrées aussi sur des coupes à l'aide d'autres méthodes (DEJERINE et SOTTAS[17]). Pourtant, dans les deux cas examinés par moi, le noyau des cellules n'était pas refoulé à la périphérie, et occupait sa place habituelle. Du reste, ces lésions legères du protoplasma cellulaire ne paraissent pas constantes dans les névrites. Elles faisaient en effet défaut dans le cas de SOUKHANOFF,[61]) concernant une polynévrite alcoolique avec lésions très accusées des nerfs périphériques. Dans ce cas où, à l'aide de la méthode de Marchi, l'auteur put constater des lésions dégénératives très accusées des cordons postérieurs et des racines antérieures, les cellules des cornes antérieures, examinées par la méthode de Nissl, ne présentaient pas d'altérations.

J'ai déjà signalé que le premier cas n'offrait que très peu d'altérations des fibres sensitives, sauf la dégénérescence des racines dans leur trajet extra-médullaire et extra-encéphalique. (J'omets ici l'altération dite cachéchtique des fibres nerveuses.) *Le second cas*, au contraire, *offre une destruction très accusée de toutes les fibres du neurone sensitif du premier ordre, même dans leur trajet intra-médullaire et intra-encéphalique*, c'est-à-dire des cordons postérieurs, des faisceaux solitaires et des racines descendantes du trijumeau, tous analogues au point de vue anatomique.

Une autre altération très étendue est l'atrophie du réseau des fibres nerveuses de la substance grise, dans laquelle les fibres du neurone sensitif du premier ordre se terminent. J'ai pu constater cette atrophie dans les colonnes de Clarke, où se terminent un grand nombre des fibres des racines postérieures, dans certaines parties des noyaux des cordons de Goll et de Burdach, où une autre partie de ces fibres finissent, et dans la substance gélatineuse de Roland au niveau des racines descendantes du trijumeau, où se terminent les fibres de celle-ci. Dans le noyau sensitif des nerfs mixtes (IX, X, XI), je n'ai pas pu constater, par contre, de réduction indiscutable du réseau, mais l'observation en est assez difficile par la raison que le réseau de ce noyau n'est que peu développé, même à l'état normal. Cette atrophie du réseau de la substance grise s'explique au surplus sans peine par la circonstance que ce réseau est constitué en grande partie par les arborisations finales qui s'y terminent, et qui presque toutes étaient dégénérées dans ce cas. Les cellules du neurone sensitif du second ordre sont au contraire partout conservées: dans les colonnes de Clarke, les noyaux des cordons postérieurs et le noyau sensitif des nerfs mixtes.

Lissauer [34]) est le premier auteur qui ait décrit l'atrophie des fibres nerveuses dans les colonnes de Clarke. Cette lésion a été observée depuis par tous les auteurs qui l'ont signalée à l'attention, et elle est certainement constante dans cette maladie parvenue à un certain stade.

L'atrophie du réseau du noyaux des cordons postérieurs dans le bulbe a été assez souvent observée. Une lésion de ces noyaux a été décrite déjà en 1881 par Kahler [28]) et en 1882 par Demange, [18]) mais l'atrophie du réseau a surtout été observée par Oppenheim [46]), [47]), [48]), qui l'a souvent constatée. Très probablement, elle est constante dans le tabes.

Je crois devoir insister ici sur un détail qui me paraît digne d'intérêt et que j'ai déjà signalé dans la description du second des cas ci-dessus: les noyaux internes des cordons de Burdach avaient complètement conservé leur réseau de fibres nerveuses, mais celui-ci n'existait plus dans les noyaux externes des mêmes cordons. Monakow [44]) a une fois réussi à faire survivre un jeune lapin auquel il avait divisé, par une coupe, toute la moitié gauche de la moelle immédiatement au-dessous de l'entrecroisement des pyramides. Il trouva le noyau interne

de Burdach en majeure partie conservé, mais le noyau externe presque complètement disparu. Il en tira la conclusion que le noyau interne est en rapport avec les fibres arciformes et l'externe avec les cordons de Burdach. Comme le réseau des fibres nerveuses de ces noyaux est constitué, en grande partie du moins, par les arborisations finales des fibres qui y vont aboutir, l'atrophie de ce réseau doit être une conséquence nécessaire de la dégénérescence de ces fibres. Ainsi, la cause de l'altération des noyaux était analogue dans le cas de MONAKOW et le cas actuel: dans le premier, une destruction des cordons de Burdach par une coupe expérimentale, dans le second par un processus morbide. Il me paraît donc évident que *l'observation publiée ici fournit une preuve nouvelle à l'appui de l'opinion de* MONAKOW *quant à la fonction différente des deux noyaux du cordon de Burdach.*

La sclérose de la racine descendante du trijumeau a été décrite dès 1876 par quelques auteurs [PIERRET,[51]) HAYEM,[25]) FLECHSIG[22])] et depuis, elle a été observée plusieurs fois. Cependant, elle n'est pas constante. Dans quelques-uns des cas où l'on constate cette lésion, on observe des troubles de la sensibilité de la face pendant la vie, mais dans d'autres il n'a pas été découvert de symptômes cliniques correspondants.

Les troubles laryngés ne sont pas des symptômes singulièrement rares dans le tabes. Les paralysies sont les troubles les plus fréquents, et la paralysie tabétique porte principalement sur les muscles crico-aryténoïdens postérieurs (BURGER[8]). Le plus souvent, il survient des crises laryngées dans les cas où cette paralysie existe; cependant cette dernière n'est pas toujours suivie de crises. Les cas ci-dessus fournissent des exemples de ces troubles laryngés les plus ordinaires: paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs et crises laryngées.

La littérature de ces complications de tabes, observées au point de vue clinique, est assez riche, mais l'examen microscopique du bulbe rachidien et des nerfs périphériques n'a pas été pratiqué dans un grand nombre de ces cas accompagnés de troubles laryngés. Ces recherches anatomiques ont donné des résultats assez différents. Dans quelques cas, on a constaté des lésions du noyau des nerfs mixtes: DEJERINE et LANDOUZY[13]): les cellules disparues ou remplies de pigment; KAHLER[28]): une sclérose, que l'auteur croit devoir attribuer à une épendymite du quatrième ventricule; DEMANGE[18]): une

sclérose; EISENLOHR [20]): atrophie d'un grand nombre de cellules ganglionnaires; SEMON [59]): des foyers de dégénérescence dans le noyau. En outre, dans un cas où il n'y avait que des crises gastriques, BUZZARD [10]) a observé une sclérose de la partie latérale du noyau sensitif des nerfs mixtes.

Toutefois dans la plupart des cas présentant des symptômes laryngés, on n'a découvert aucune altération de ce noyau [JEAN, [27]) * ROSS, [56]) * SAUNDBY, [57]) * KRAUSS, [33]) MARIE et MARINESCO [36]) (un cas compliqué de maladie de Basedow), GIESON, [23]) PACETTI, [49]) SCHLESINGER, [58]) OPPENHEIM [48]): deux cas, OPPENHEIM et SIEMERLING [47]) trois autres cas]. ** J'ai constaté le même fait dans les deux cas publiés ici.

Dans ces cas avec noyau sain, on a quelquefois observé une atrophie et une sclérose plus ou moins complètes des faisceaux solitaires [ROSS, [56]) MARIE et MARINESCO, [36]) PACETTI, [49]) SCHLESINGER, [58]) OPPENHEIM, [48]) OPPENHEIM et SIEMERLING [47]): le second des cas ci-dessus]; les cas d'EISENLOHR [20]) et de BUZZARD, [10]) avec une lésion du noyau, présentaient aussi une atrophie de ces faisceaux.

D'autre part, il existe presque autant de cas, où ces faisceaux et tout le bulbe rachidien étaient sains, sauf une lésion des noyaux des cordons postérieurs, ce qui constitue très probablement une altération constante dans le tabes [KRAUSS, [33]) OPPENHEIM, [48]) GIESON, [23]) OPPENHEIM und SIEMERLING: [63]) deux cas, le premier et le troisième des cas ci-dessus].

Il existe cependant une autre altération anatomique constatée dans tous les cas de paralysie laryngée, dans lesquels on en a cherché. C'est l'atrophie des nerfs périphériques (le tronc du pneumogastrique, le récurrent ou les nerfs intra-musculaires du larynx et surtout ceux des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs). Elle a été observée par JEAN, [27]) EISENLOHR, [20]) SEMON, [59]) SAUNDBY, [57]) KRAUSS, [33]) SCHLESINGER, [58]) GIESON, [23]) OPPENHEIM, [48]) OPPENHEIM et SIEMERLING [67]) dans deux cas, ainsi que dans les deux cas rapportés ici. La seule exception serait un cas d'OPPENHEIM et de SIEMERLING où ils trouvèrent le tronc du pneumogastrique et le récurrent sains, mais l'examen

* Les descriptions de scas de ROSS, de JEAN et de SAUNDBY, sont muettes sur l'état de ce noyau. WESTPHAL et SIEMERLING [63]) ont commis par conséquent une erreur dans leur travail, d'ailleurs fait avec le plus grand soin, en disant que le cas de ROSS comportait une lésion du noyau mentionné.

** L'un de ces cas avait déjà été publié auparavant par OPPENHEIM. [46])

des nerfs intra-musculaires n'ayant pas été pratiqué, l'observation n'est pas indiscutable. Ainsi, nous pouvons tirer avec une forte probabilité la conclusion que la névrite des nerfs moteurs du larynx est une lésion constante dans les cas de paralysie laryngée survenue au cours du tabes. *

Pouvons-nous maintenant expliquer les troubles laryngés par les altérations anatomiques qui viennent d'être énumérées? BURGER,[8]) qui a fait le plus grand travail sur les troubles laryngés dans le tabes, conclut que ces troubles »trouvent leur explication anatomique dans les altérations constatées du système nerveux central et des nerfs du larynx. Dans les cas avec paralysie laryngée où a été pratiqué l'examen anatomique, il a toujours été observé des lésions considérables du bulbe sauf — — —. Comme on le voit, les altérations constatées varient, puisque quelquefois les noyau propres du pneumogastrique et du spinal sont atteints, quelquefois les faisceaux solitaires — — et quelquefois une partie des racines du pneumogastrique et du spinal dans leur trajet intrabulbaire.»

C'est évidemment une erreur. Une paralysie laryngée, comme toute autre paralysie, quand elle n'est pas due à une lésion de l'écorce ou des faisceaux pyramidaux, relève d'une affection du nerf ou du noyau moteur correspondant. La paralysie laryngée ne peut pas relever de l'altération parfois observée du noyau postérieur du pneumogastrique. Je crois spécialement devoir insister sur ce fait, qu'on n'a décrit, dans aucun cas publié jusqu'ici, de lésion du noyau antérieur du pneumogastrique et du glosso-pharyngien (*nucleus ambiguus*) qui, d'après les auteurs, forme le noyau moteur de ces nerfs; la sclérose quelquefois observée n'a atteint que le noyau sensitif postérieur. Ainsi, du fait qu'une lésion du noyau moteur n'a jamais été constatée tandis que la névrite périphérique a été trouvée dans (presque) tous les cas où l'on en a fait l'examen, on peut évidemment tirer la conclusion que *la paralysie laryugée survenant au cours du tabes relève, du moins en général, d'une névrite périphérique.*

---

* Il faut remarquer que l'examen laryngoscopique n'ayant pas été pratiqué dans quelque-uns des cas mentionnés ci-dessus (JEAN, les deux cas d'OPPENHEIM et de SIEMERLING), on n'a pas pu constater la paralysie laryngée, mais il est probable qu'elle a existé.

S'il est ainsi possible d'expliquer la paralysie laryngée par les altérations anatomiques constatées chez les nerfs, pouvons-nous en faire de même pour les crises laryngées? Il est certain que la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs constitue *une* cause importante des crises, mais cette paralysie pouvant exister sans crises et les crises sans paralysie, il y a nécessairement d'autres causes. Ces autres causes, quelles sont-elles? Nous n'en savons rien avec certitude. Cependant, comme les faisceaux solitaires sont si souvent atrophiés et qu'on admet généralement qu'ils constituent une racine sensitive, il est assez probable qu'un trouble de la fonction des fibres sensitives est une cause de ces crises, mais il nous est encore impossible de dire en quoi ce trouble consiste. En dernier lieu, comment expliquer le cas où les faisceaux solitaires sont trouvés sains?

Il est bien connu depuis longtemps que les troubles de la sensibilité dans les membres, qui résultent d'une lésion des cordons postérieurs, c'est-à-dire du prolongement dans la moelle des racines postérieures, peuvent tout aussi bien résulter d'une affection des fibres sensitives des nerfs périphériques (névro-tabes périphérique, forme atactique des névrites). Nous aurions donc quelque chose de tout à fait analogue, si un trouble de la fonction qui relève parfois d'une lésion des faisceaux solitaires, constituant le trajet intra-bulbaire des racines sensitives du glosso-pharyngien (et du pneumogastrique?) pouvait, en d'autres cas, relever aussi bien d'une névrite périphérique. Celle-ci n'a toutefois été constatée dans le glosso-pharyngien que dans deux cas [EISENLOHR, [20]) OPPENHEIM, [48])] mais l'existence en semble assez probable. D'ailleurs, comme les fibres des nerfs périphériques sensitifs et celles des racines postérieures partent, et en effet constituent une partie, des mêmes cellules ganglionnaires (cellules des ganglions intervertébraux et des ganglions totalement correspondants des nerfs crâniens), quoiqu'elles aient une direction tout-à-fait contraire, elles servent nécessairement de voie à la même fonction, et une lésion de l'une ou de l'autre doit évidemment produire les mêmes symptômes.

Quant à l'affection du noyau sensitif des nerfs mixtes, quelquefois, mais assez rarement observée, il me semble possible qu'elle ne joue aucun rôle dans l'évolution des crises laryngées, car en général, les symptômes tabétiques relèvent

d'une lésion des neurones du premier ordre, et les cellules de ce noyau constituent une partie des neurones du second ordre. Il faudra, naturellement, une beaucoup plus grande somme d'expérience pour en juger.

En résumé, les deux cas rapportés plus haut sont deux cas de tabes avec ophthalmoplégie externe et paralysie laryngée, accompagnée de crises.

L'un aigu: lésions accusées des racines postérieures de la moelle et des racines sensitives des nerfs crâniens, mais très peu développées dans le trajet intra-médullaire des premières, et altération nulle dans le trajet intra-encéphalique des secondes.

L'autre chronique: les racines sensitives comme dans le cas précédent; mais leur trajet intra-médullaire et intra-encéphalique nettement dégénéré; de plus: sur une très grande étendue, atrophie du réseau des fibres nerveuses de la substance grise, dans laquelle se terminent les fibres des racines sensitives.

En outre, dans les deux cas, une névrite d'origine périphérique des nerfs du larynx et des nerfs moteurs des yeux; dans le cas aigu, restant totalement périphérique, dans l'autre, atteignant jusqu'aux noyaux des nerfs; les noyaux mêmes restant intacts (avec une très petite exception sans importance quant au noyau de la VI[e] paire dans le cas chronique).

Ainsi, ces deux cas fournissent la preuve indiscutable d'une ophthalmoplégie externe dans le tabes, relevant d'une névrite périphérique.

La critique de ces cas et de la littérature permet de tirer la conclusion que l'ophthalmoplégie dans le tabes peut quelquefois relever d'une névrite périphérique et quelquefois d'une lésion nucléaire. Cette dernière origine semble être rare dans les cas de tabes sans les symptômes de la paralysie générale, mais beaucoup plus fréquente dans la paralysie ou dans le tabes compliqué des symptômes de la paralysie.

La paralysie laryngée relève d'une névrite périphérique.

L'atrophie des faisceaux solitaires semble parfois jouer un rôle dans l'évolution des crises laryngées; certaines autres fois, ces crises relèvent probablement d'une névrite périphérique des nerfs sensitifs.

En résumé, les observations rapportées ici constituent de nouveaux exemples du grand rôle que la névrite périphérique joue quant aux paralysies dans le tabes et probablement aussi quant aux troubles des fonctions sensitives dans cette maladie: rôle qui a été démontré, il y a plusieurs années déjà, par les recherches importantes et nombreuses de mon maître, M. Dejerine, et qui semble maintenant être reconnu par presque tous les auteurs.

Littérature.

1) D'ASTROS, L.: Pathologie du pédoncule cérébral. Rev. de Médec., T. 14, p. 1, 1894.
2) BALLET et DUTIL: Société médicale des Hôpitaux, 13 décembre, 1895 cit. d'après 17).
3) BERNHEIMER, S.: Ueber das Wurzelgebiet des Oculomotorius bei Menschen. Wiesbaden 1894 cit. d'après Neurolog. Centralbl. 1894, p. 750.
4) BLOCQ, P. et ONANOFF, I.: Sur un cas d'association tabéto-hystérique. Tabes supérieur incipiens avec lésions des noyaux bulbaires. Arch. de méd. expérim., T. 4, p. 387. 1892.
5) BOEDIKER, J.: Ueber einen Fall von chronischer progressiver Augenmuskellähmung. Neurolog. Centralbl., T. 10, p. 187. 1891.
6) BOEDIKER, J.: Neurolog. Centralbl., T. 14, p. 191. 1895.
7) BRISTOWE, J. S.: Cases of ophtalm. complic. with etc. The Brain, octobre 1885, p. 313.
8) BURGER, H.: Die laryngealen Störungen der Tabes dorsalis. Leiden 1891.
9) BUZZARD, T.: On ophtalm. externe in conjonction with tabes dorsalis. The Brain avril 1882, p. 34.
10) BUZZARD, T.: On posterior spinal sclerosis etc. The Brain, janvier 1884, p. 461.
11) CHARCOT, J. B. et MARINESCO, G.: Comptes-rendus de la soc. de Biologie, 23 février 1895.
12) CONDOLÉON: Contribution à l'étude pathogén. de l'amyotrophie tabétique. Thèse p. l. d. Paris 1887.
13) DEJERINE et LANDOUZY: Lésions bulbaires chez les ataxiques à crise laryngée. Comptes rendus de la soc. de Biologie, 19 mai 1883, p. 367.
14) DEJERINE, J.: Comptes-rendus de la soc. de Biologie, 18 octobre 1884, p. 570.
15) DEJERINE, J. et DARKCHEVITCH, L.: Sur l'existence d'altérations nucléaires dans certaines paralysies des muscles de l'oeil chez les tabétiques. Comptes-rendus de la soc. de Biol. 1887, p. 70.

16) DEJERINE, J.: Étude clinique et anatomo-pathologique sur l'atrophie musculaire des ataxiques. Revue de médec. 1889, p. 81, 208, 294.

17) DEJERINE, J. et SOTTAS, J.: Sur un cas de polynévrite motrice à marche lente. Comptes-rendus de la soc. de Biologie, 15 février 1896, p. 193.

18) DEMANGE, E.: Chute spontanée des dents et crises gastriques et laryngées chez les ataxiques. Rev. de médec., T. 2, p. 247. 1882.

19) DRESCHFELD, J.: One case of polioencephalomyelitis etc. Brit. med. Journ. 1893, 22 juillet, p. 176.

20) EISENLOHR: Deutsche medic. Wochenschr. 1884, p. 554.

21) » Neurolog. Centralbl., T. 6, p. 337, 361. 1887.

22) FLECHSIG: Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark. Leipzig 1876.

23) VON GIESON, I.: A contribution to the pathology of the laryngeal and other crises in tabes dorsalis. Journ. of nerv. and mental diseases, juillet, T. 15, p. 458.

24) GOWERS, W. R.: Diseases of the nervous system. Sec. edition., T. II. London 1893.

25) HAYEM: Gazette médic. de Paris 1876, p. 219, cit. d'après 28).

26) HUTCHINSSON, J.: On ophthalmoplegia externa. Medico-chirurgical transactions, t. 62, p. 307. 1879.

27) JEAN, A.: Ataxie locomotrice progressive. — Troubles ataxiques du côté du larynx et du pharynx. Le progrès médic., T. 4, N° 20, p. 379. 1876.

28) KAHLER, O.: Beitrag zur patholog. Anatomie der mit cerebralen Symptomen verlaufenden Tabes dorsalis. Prager Zeitschr. für Heilk., T. 2, p. 432. 1881.

29) KAHLER, O. und PICK, A.: Zur Localisation central bedingter, partieller Oculomotoriuslähmungen. Arch. für Psych. u. Nervenkr., T. 10, p. 334. 1880.

30) KAHLER, O. und PICK, A.: Zur Localisation partieller Oculomotoriuslähmungen. Prager Zeitschr. f. Heilk., T. 2, p. 301. 1881.

31) KAUSCH, W.: Ueber die Lage des Trochlearis-Kernes. Neurolog. Centralbl. 1894, p. 518.

32) KOCH, P. D. et MARIE, P.: Contribution à l'étude de l'hémiatrophie de la langue. Rev. de médec., T. 8, p. 1. 1888.

33) KRAUSS, ED.: Ueber einen mit Gelenkerkrankung und Stimmbandlähmung einhergehenden Fall von Tabes dorsalis. Berl. klin. Wochenschr. 1886, N° 43, p. 744.

34) LISSAUER, H.: Ueber Veränderungen der Clark'schen Säule bei Tabes dorsalis. Fortschritte der Medic. 1884, p. 113.

35) LUBINOFF, A.: Studien über die Veränderungen — — bei der progressiven Paralyse der Irren. Virch. Arch., T. 57, p. 371. 1873.

36) MARIE, P. et MARINESCO, G.: Coïncidence du tabes et de la maladie de Basedow. Revue névrol. 1893, N° 10, p. 250.

37) MARINA, A.: Ueber multiple Augenmuskellähmungen. Leipzig und Wien 1896.

38) MARINESCO, M. G.: Les polyneuritis en rapport avec la théorie des neurones. Comptes-rendus de la soc. de Biol., 30 novembre 1895.

39) MARINESCO, M. G.: Sur un nouveau cas de polynévrite avec lésions de réaction à distance dans la moelle épinière. Comptes-rendus de la soc. de Biol., 16 mai 1896.

40) MAUTHNER, L.: Vorträge aus dem Gesammtgebiete der Augenheilkunde, T. 2. Wiesbaden 1889.

41) MENDEL, E.: Die progressive Paralyse der Irren. Berlin 1880.

42) MEYER, M. P.: Bulletin médical 1888, p. 222.

43) MINNICH, W.: Zur Kenntniss der im Verlaufe der perniciösen Anämie beobachteten Spinalerkrankungen. Zeitschr. für klin. Medic., T. 21, p. 25, 264 1892 et T. 22, p. 60 1893.

44) v. MONAKOW: Experimenteller Beitrag zur Kenntniss des Corpus restiforme etc. Arch. für Psych. u. Nervenkr., T. 14, p. 1. 1883.

45) OBERSTEINER, H.: Ueber interfibrilläre Fettdegeneration der Muskelfasern an einer hemiatrophischen Zunge bei Tabes. Arbeit. aus dem Instit. f. Anat. u. Phys. des Centralnervensystems an der Wiener Univ., T. 3, p. 182. 1895.

46) OPPENHEIM, H.: Ueber Vaguserkrankung im Verlauf der Tabes dorsalis. Berl. klin. Wochenschr. 1885, p. 53.

47) OPPENHEIM, H. und SIEMERLING, E.: Beiträge zur Pathologie der Tabes dorsalis und der peripherischen Nervenerkrankung. Arch. f. Psych. u. Nervenkr., T. 18, p. 98, 487. 1887.

48) OPPENHEIM, H.: Neue Beiträge zur Pathologie der Tabes dorsalis. Arch. f. Psych. u. Nervenkr., T. 20, p. 131. 1888.

49) PACETTI, G.: Atti dell' XI congresso medico internazionale. Roma 1894, T. 4, p. 121.

50) PETRÉN, K.: Contribution à l'étude des altérations de la moelle épinière dans l'anémie pernicieuse. Comptes-rendus du Nord. medic. arkiv. Stockholm 1896, N° 7.

51) PIERRET: Symptômes céphaliques du tabes dorsalis. Thèse p. l. d. Paris 1876.

52) PITRES et VAILLARD: Comptes-rendus de la soc. de Biol., 22 octobre, p. 569. 1887.

53) PREVOST, J. L.: Rev. médic. de la Suisse rom, T. 6, p. 649. 1886.

54) RAYMOND et ARTAUD: Note sur un cas d'hématrophie de la langue survenue dans le cours d'un tabes dorsalis. Arch. de Physiol. 1884, N° 3.

55) ROSOLINO-COLELLA: Annali di Neurologia. Nuova Seria IX, cit. d'après Neurol. Centralbl. 1892, p. 275.

56) ROSS, J.: On a case of locomotor ataxia with laryngeal crises etc. The Brain, T. 9, p. 24, avril 1886.

57) SAUNDBY, R.: Illustrations of locomotor ataxia. Birmingham medical review, décembre 1886, cit. d'après 8).

58) SCHLESINGER, H.: Beiträge zur Klinik und patholog. Anat. der Kehlkopfstörungen bei Tabes dorsalis. Wiener klin. Wochenschrift 1894, N° 26, p. 474.

59) SEMON, F.: Transactions of the clinic. soc. of London, T. 22, 1889, supplementary ref., p. 374.

60) SHIMAMURA, S.: Ueber die Blutversorgung der Pons- und Hirnschenkelgegenden, insbes. des Oculomotorius. Neurol. Centralblatt 1894, N° 21—22.

61) SOUKHANOFF: Contribution à l'étude des changements du système nerveux central dans la polynévrite. Archives de Névrol. 1896, N° 6, p. 177.

62) WESTPHAL, C.: Ueber einen Fall von chron. progress. Lähmung der Augenmuskeln etc. Arch. f. Psych. u. Nervenkr., t. 18, p. 846. 1887.

63) WESTPHAL, C. und SIEMERLING, E.: Ueber die chron. progress. Lähmung der Augenmuskeln. Arch. f. Psych. u. Nervenkr., T. 22. Supplement. 1891.

64) THOMSEN, R.: Zur patholog. Anat. der chron. progress. Ophthalmoplegie. Festschrift zu Ehren des Prof. MEYER in Göttingen. Hamburg 1891, cit. d'après Neurol. Centralbl. 1891, p. 302.

65) ZERI: Sulle alterazioni dei centri nervosi nella tabe. Rivista di freniatria XVI, X, cit. d'après Virchows Jahresberichte f. 1895, T. 2, p. 116.

Explication des figures.

Pl. 2.

I. Coupe transversale de la moelle du premier cas, région dorso-lombaire, partie postérieure de la zone périphérique du cordon latéral. Coloration avec blue-black. (Ocul. de compensation 4,45 mm., object. Apochrom. immers. 2 mm., Leitz.)
- *a.* fibres normales.
- *b.* fibres gonflées avec les cylindres-axes courbés dans le plan horizontal. *
- *c.* fibres moins altérées, les cylindres-axes colorés surtout dans les parties périphériques.
- *d.* tissu névroglique, un peu augmenté.

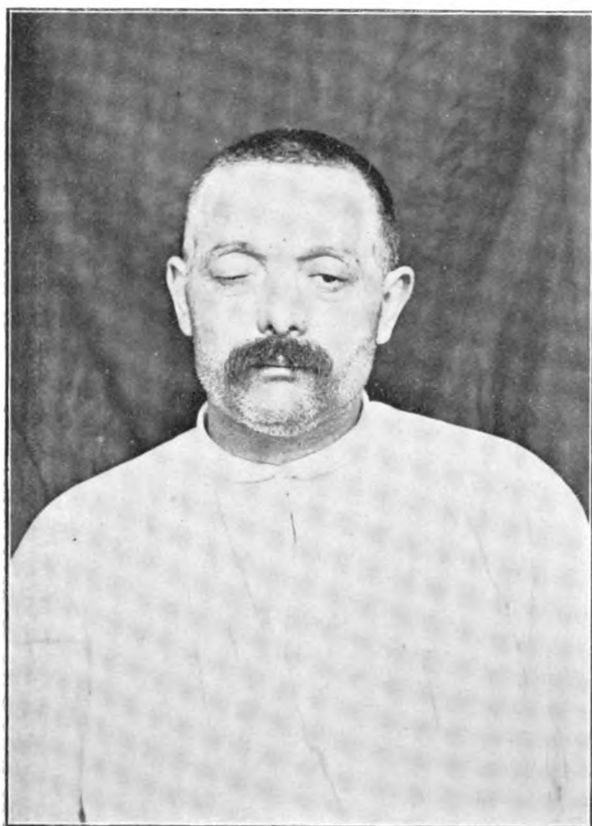
II. Coupe transversale du bulbe rachidien du second cas au niveau du bout supérieur du noyau du cordon de Goll, à gauche. Coloration d'après Pal. (Grossissement: $^{10}/_{1}$.)
- *a.* noyau interne de cordon de Burdach.
- *b.* » externe » » » »
- *c.* racine descendante du trijumeau.
- *d.* corps restiforme.
- *e.* substance gélatineuse de Roland.
- *f.* bout supérieur du noyau du cordon de Goll.
- *g.* faisceau solitaire.
- *h.* noyau de l'hypoglosse.

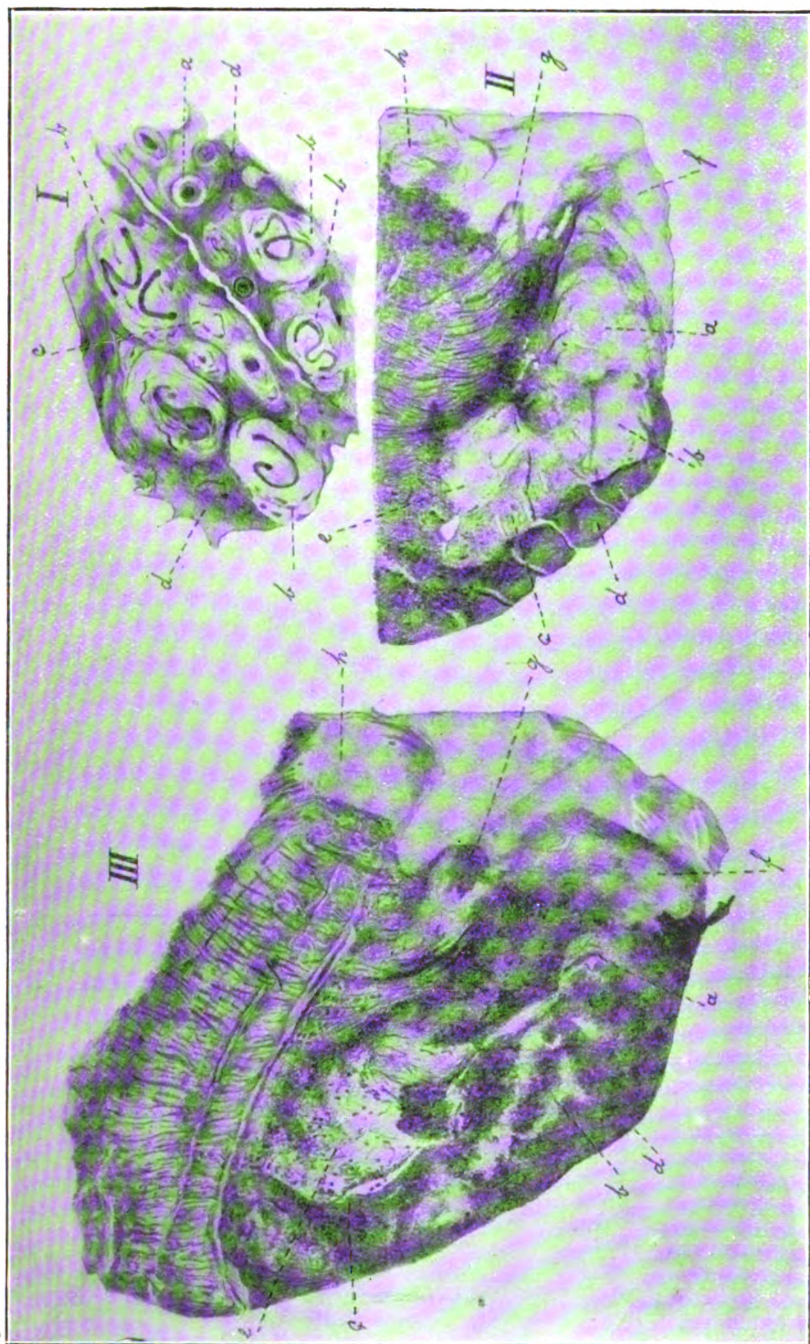
III. Coupe transversale d'un bulbe normal au même niveau. Coloration d'après Pal. (Grossissement: $^{10}/_{1}$.)
Même signification des lettres.

---

* Les bouts de ces cylindres-axes courbés sont plus fortement colorés. Évidemment ils ont pris ici une direction verticale, et la coloration plus forte est due à une coupe transversale des cylindres-axes.

Stockholm, 1897. Kungl. Boktryckeriet.




I
II
III

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1897. N:r 28.

Nordisk medicinsk literatur från 1897.

Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi:

I. JUNDELL: Om renodling af influensabaciller. — JOHAN STEIN: WIDALs bakteriologiske Tyfusdiagnostik. — MORDHORST: Om Nyregigtens Oprindelse.

I. JUNDELL: **Om renodling af influensabaciller.** Hygiea 1897, II, s. 62.

Förf. har undersökt 15 fall medelst PFEIFFERs metod. I 8 af dessa renodlades bakterien från sputa, i 7 fall anträffades den icke medelst odling. 3 af fallen med negatift resultat utgjordes möjligen af »vanlig krupös pnevmoni».

E. Almquist.

JOHAN STEIN: **Widals bakteriologiske Tyfusdiagnostik.** Hospitals-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 531.

Forf. omtaler först, at Pröven beror på, at Tyfusbacillerne under Indvirkning af Serum fra Tyfuspatienter klumpe sig sammen og blive ubevägelige; derefter afhandles de forskellige Metoder, dels den, utvivlsomt simpleste, mikroskopiske, dels den makroskopiske; denne kan anvendes således, at man sätter Serum til en färdig Bouillonkultur af Tyfusbaciller, eller ved at tilså en Blanding af Bouillon og Serum. Forf., der särligt har benyttet den mikroskopiske og den förstnävnte af de makroskopiske Metoder, har i 11 Tilfälde af Tyfus fundet typisk Reaktion; hos 20 Patienter med andre Sygdomme savnedes den; hos 10 Individer, der med större eller mindre Sikkerhed antages at have haft Tyfus, reagerede 3, som for henholdsvis $\frac{1}{2}$, $1\frac{1}{2}$ og $9\frac{1}{2}$ År siden havde haft tyfoid Feber.

Forf. afhandler derefter Metoderne til at skaffe Serum tilveje samt Fejlkilderne ved Tekniken; i så Henseende fremhäves särligt, at der kan findes sammenhobede Baciller i friske Kulturer, hvorfor disse bör kontrolleres mikroskopisk, og at Bacillerne kunne have en meget forskellig Reaktionsävne; han opstiller den Fordring, at man må kende den »Race» Baciller, man arbejder med, og derefter bestemme Mängden af tilsat Serum; efter at have omtalt forskellige Modifikationer af Metoden, som Anvendelse af Blod som Helhed, dels frisk, dels indtörret, og döde Baciller, hävder Forf. til Slutning, at WIDALs Metode er en

värdifuld Forögelse af vore Undersögelsesmidler, når den anvendes med Forsigtighed; särligt pointeres, at man ikke må nöjes med en enkelt, negativt udfaldende Undersögelse, men göre den om efter nogle Dages Forlöb, og at et positivt Resultat kan skyldes, at Patienten tidligere har haft Tyfus.

Diskussion. Det köbenhavnske medicinske Selskabs Forhandlinger 1896—97, S. 63.

Läge S. BANG omtaler, at han sammen med Läge V. DAMM har forsögt Metoden på Kommunehospitalets mediciuske Afdelinger. Han suger Blod op med et Kapillärrör fra et minimalt Indsnit i Patientens Öre; heraf kan en Dråbe Serum let udpresses, og Undersögelsen foretages ved at sätte 1 Ösken Serum til 4 Öskner Kultur, läggc Däkglas på og under Mikroskopet studere Bacillernes Forhold. 7 Patienter med Tyfus i det febrile Stadium gav alle positivt Resultat; 3, der vare Rekonvalescenter kort Tid efter Feberens Ophör, ligeledes; af 5, der vare Rekonvalescenter på 2den til 4de Måned, gav 3 typisk, 1 svagt og 1 tvivlsomt Resultat. 21 Patienter havde for längere Tid tilbage haft Tyfus; hos 9 af disse kunde man med Hensyn til Diagnosen kun stötte sig til Patientens Udsagn, og de gav alle negativt Resultat; for de resterende 12's Vedkommende var Diagnosen af tidligere gennemgået Tyfus utvivlsom; 8 havde haft Sygdommen for 1—3 År siden, og af dem gav 3 positiv Reaktion, medens de resterende 5 og 4 andre, der havde haft Tyfus for over 3 År siden, gav negativt Resultat. 31 Patienter med forskellige, for störste Delen febrile, Lidelser viste ingen Reaktion; hos en Patient med revmatisk Feber kom der imidlertid Reaktion, dog kun ved 1 Serum til 4 Kulturvädske, medens den manglede, når man blandede en Del Serum med 8 Dele af Bouillonkulturen; i et Tilfälde med tvivlsom klinisk Diagnose fandtes snart positivt, snart negativt Resultat.

Prof. Dr. CHR. GRAM havde kun kunnet pröve Metoden på et meget sparsomt Materiale. I et Tilfälde af Pnevmoni fandtes 1ste Dag negativt, 2den Dag positivt, 3dje Dag negativt Resultat; i et Tilfälde, hvor meget talte for Diagnosen Tyfus, uden at denne dog var sikker, havde 3 Pröver givet negativt Resultat.

H. Jacobäus.

MORDHORST: **Om Nyregigtens Oprindelse.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 470 og 493.

M. har under Mikroskopet studeret de Forandringer, som fremkomme, når Urinsyre behandles med en Oplösning af Soda ($\frac{1}{2}$ Normal) og fundet, at der dannes små sfäriske Legemer, der hurtigt voxe og kunne nå en Störrelse, der er 50 Gange större end et hvidt Blodlegeme; senere omdannes de til stjerneformede Krystaller; efter Forf. bestå så vel Kugler som Stjerner af urinsurt Natron.

Kuglerne dannes i störst Mängde, når Urinsyren er tilstede i Overskud, eller når Vädsken i det hele er koncentreret, medens de ikke vise sig, når der er betydeligt Overskud af Soda. Ved Tilsätning af forskellige Salte som surt fosforsurt Natron, borsurt eller eddikesurt

Natron, udfäldes Uratkuglerne, derimod ikke ved Tilsätning af svovlsurt eller salicylsurt Natron eller Kogsalt.

Af disse Forsög drager MORDHORST den noget dristige Slutning, at Urinsyren i Blodet er i en Tilstand af små, mikroskopiske Uratkugler, og at den, når den aflejres, danner Uratnålene; Forf. drager deraf meget indgående Slutninger med Hensyn til Gigtens Patogenese og slutter med at anbefale Wiesbadens Kilde som Behandling.

F. Levison.

Speciel patologi och terapi: FR. HALLAGER: De la nature de l'épilepsie. — SÖREN HANSEN: Om Antallet af Epileptikere i Danmark. — F. W. WARFVINGE: Ytterligare om kloros och järnbehandling. — H. KÖSTER: Fall af larverad frossa. — MICHAEL RASMUSSEN: Epidemisk icterus. — H. KÖSTER: Tre fall af trombos i bukhålans vener. — S. A. PFANNENSTILL: Ett fall af isolerad orchitis parotidea hos en äldre person, som i barndomen genomgått typisk påssjuka. — H. KÖSTER: Fall af blyförgiftning.

FR. HALLAGER: **De la nature de l'épilepsie.** Etudes sur la physiologie pathologique de l'attaque épileptique. Paris 1897. 181 Sider.

I denne Bog, som er udgiven på Fransk, söger Forf. at påvise, at alle Fänomener af epileptisk Oprindelse lade sig forklare ved Antagelsen af *en Anämi af Hjärnen*. I en *Indledning* gennemgår han de forskellige Teorier, som ere opstillede til Forklaring af Epilepsien, nemlig den KUSSMAUL-TENNERske, den NOTHNAGELske og den HUGHLINGS-JACKSONske. Särlig den sidste, *den kortikale Teori*, som Forf. kalder den, er ikke i Stand til at yde en tilfredsstillende Forklaring på de epileptiske Fänomener. Dette opnås först ved en Forening af denne med *den vasomotoriske Teori*, som Forf. derfor gör sig det til Opgave at pröve overfor de forskellige Former af Epilepsi og alle de Symptomer, som ytre sig i Forbindelse hermed. I det näste Afsnit gennemgår Forf. *den experimentelt fremkaldte Epilepsi* og kommer til den Konklusion, at det epileptiske Anfald altid ledsages af en Sammenträkning af Hjärnens Kar, som opträder allerede, inden det egentlige epileptiske Anfald begynder, og at det epileptiske Anfald kun kan fremkaldes ved Irritation af de Partier af Hjärnens Overflade, som også er Udgangspunktet for den ikke-epileptiske Karsammenträkning. Så vel klinisk som experimentelt er det tilsträkkelig godtgjort, at en pludselig Anämi af Hjärnen kan fremkalde et epileptisk Anfald. Og i *Erfaringerne fra de patologiske Iagttagelser*, som Forf. omtaler i det fölgende Afsnit, finder han intet, som strider imod den vasomotoriske Teori, medens denne ene synes i Stand til nogenlunde fyldestgörende at forklare så vel de lokale som de universelle epileptiske Anfald og Anfaldene af petit mal. Om der indträder det ene eller det andet af disse, afhänger dels af den tilstedevärende Grad af Irritabilitet af Hjärnen, dennes större eller mindre Prädisposition, dels af den sted-

findende Pirrings Styrke. Ganske på lignende Måde forholder det sig ved den *reflektoriske Epilepsi*, kun med den Forskel, at Pirringen her ikke udgår fra de kortikale eller subkortikale Centrer, men fra et eller andet Sted udenfor det centrale Nervesystem, hvortil Pirringen overföres gennem de sensitive Nerver. Også de forskellige *Symptomer, som ledsage det epileptiske Anfald*, såsom Ansigtsblegheden, Pulsens, Blodtrykkets og Pupillens Forhold, stå efter Forf:s Anskuelse i god Samklang med hans Teori. Og på samme Måde forholder det sig med de *postepileptiske Fänomener:* Amnesien, Paralyserne, Polyurien, Albuminurien og endelig de *transitoriske psykiske Forstyrrelser*, som Forf. regner herhen, idet han ikke kan anerkende disse som psykiske *»Äkvivalenter»* for det epileptiske Anfald, men anser det for overvejende sandsynligt, at de altid skyldes et forudgående Anfald, som dog i mange Tilfälde unddrager sig Iagttagelsen.

P. D. Koch.

SÖREN HANSEN: **Om Antallet af Epileptikere i Danmark.** Ugeskr. f Läger, R. 5, Bd 4, S. 451.

Fastholder overfor Dr. SELL, at Antallet af Epileptikere i Danmark efter alle Sandsynlighedsberegninger må sättes til omtrent 3000.

P. D. Koch.

F. W. WARFVINGE: **Ytterligare om kloros och järnbehandling.** Hygiea 1897, I, s. 489.

Förf. visar, att järn i form af subkutana insprutningar verkar en hastig och säker ökning af hemoglobinhalt och antalet röda blodkroppar vid kloros. Härvid använde han citras ferricus i dos af 10 cgm 3 gånger dagl. i 10 % lösning, sålunda en full gramspruta i sänder. I allmänhet erfordrades 4 veckor till dess blodets beskaffenhet var normal. Förbättringen i blodbeskaffenheten försiggick ungefär på samma sätt som då 15 BLAUDska piller, d. v. s. 150 cgm sulphas ferrosus dagligen togs per os.

Vidare har förf. pröfvat en del organiska järnföreningar, som förekomma i marknaden och mycket rekommenderas, såsom liquor ferri albuminati, ferratin, hemol och hemoglobin. Alla dessa medel visade ingen eller mycket svag och långsam verkan, fick patienten pil. Blaudi, gick förbättringen raskt.

Järnet är, enligt förf., ett specifikt medel mot kloros; det bör ges i stora doser, 15 BLAUDska piller dagl., och man bör fortsätta därmed, tils blodundersökningen visar fullt normal halt af hemoglobin och röda blodkroppar.

Edgren.

H. KÖSTER: **Fall af larverad frossa.** Göteborgs läkaresällsk. förh. 1896, protok., s. 10.

Hos en 25-årig man, som ej vistats i frosstrakt, uppträdde om nätterna på bestämd tid anfallsvis en häftig hosta utan expektorat, utan feber eller frysning. I lungorna kunde intet särskildt påvisas,

och öfriga organ voro normala med undantag af mjälten, som var betydligt förstorad. Efter kina försvann hostan och mjälten blef normalt stor. Kort tid efteråt ett recidiv, som äfven försvann efter kinin.

Köster.

MICHAEL RASMUSSEN: **Epidemisk icterus.** Hospitals-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 617 og 641.

R. har i en Landpraxis (Langeland) i Löbet af omtr. 1 År iagttaget en Epidemi af icterus; selv har han set 61 Tilfälde, fra andre Läger har han Meddelelse om 12.

Sygdommen begyndte med Mavesmerter, Hovedpine, Kvalme; Pulsen var laugsom og uregelmässig, ingen Feber tilstede. I Sygdommens förste Stadium, för Gulfarvningen indtrådte, var der af og til Diarré, senere aldrig; derimod var Obstipation hyppig. Fæces vare i Begyndelsen mörktfarvede, först senere indtrådte den lerede, grålige Farve. I mange Tilfälde iagttoges Svulst af Lever og Milt. Sygdommens förste Stadium, indtil Patienten begyndte at blive gul, varede i Gennemsnit 5 Dage, — Gulfarvningen ligeledes omtr. 5 til 6 Dage, dernäst kom en längere Periode af Anämi og Mathed. Forf. har ikke kunnet bestemme Inkubationstidens Längde.

F. Levison.

H. KÖSTER: **Tre fall af trombos i bukhålans vener.** Göteborgs läkaresällsk. förh. 1896, s. 18.

1. Hos en fullt frisk och kraftig man uppträdde plötsligen en som det tycktes akut ileus med peritonit (smärtor i buken, häftiga kräkningar och singultus, förstoppning), som ledde till död efter ett par dagar, trots laparotomi. Sektionen visade en stor del af colon descendens nästan från flexura coli sin. samt hela flexura sigmoidea gangrenöst missfärgade, medan öfriga tarmdelar voro normala. I peritoneum mörkröd, grumlig vätska, här och hvar fibrinslamsor. Ingen perforation. Tarmens slemhinna frisk utom i delen närmast coecum, där talrika svälda folliklar finnas samt i colon ascendens, där enstaka dylika finnas; dessutom anträffades i den öfversta, ej gangrenösa delen af colon descendens en ulcerativ kolit; slemhinnan i det gangrenösa partiet öfveralt glatt och skör, upptill ej skarpt, nedtill skarpt afsatt mot den friska delen. Tarminnehållet blodigt. I de afförande vengrenarna från det gangrenösa partiet liksom i stammen af v. mesent. inf. smutsigt blåsvart, ej sönderfallande trombmassa, väfnaden kring venerna blodimbiberad.

I epikrisen framhålles brandens egendomliga fördelning, i det blott en del af vena mesent. inf. utbredningsområde var gangrenerad; utgångspunkten är sannolikt att söka i en förutgående kolit.

2. Hos en 40-årig kvinna, som en tid efter en tyfoid fick ileussymptom, som häfdes genom laparotomi och visade sig bero på dels utbredda adherenser mellan tarmarna, dels en afknickning genom fastvuxna omentalsträngar, uppstod en ny ileus en tid senare, som dock häfdes genom lavemang. Hon afled kort därefter under symptom af

en perforationsperitonit. Sektionen visade en utbredd gangren af hela tunntarmen från strax nedom flexura duodeno-jejunalis ända till några centimeter från valv. Bauhini; i peritoneum fans ringa mängd blodig vätska. Hela mesenteriet var tjockt, blodimbiberadt, venerna fylda af mörka trombmassor. Tarminnehållet var blodigt, tarmväggen förtjockad och blodinfiltrerad, slemhinnan glanslös, med kliliknande beläggning.

Någon orsak till ventrombosen kunde ej med säkerhet konstateras i fallet; anmärkningsvärd var frånvaron af alla adherenser mellan tarmarna, trots så nyss företagen laparotomi, vid hvilken dylika anträffades.

3. Hos en 27-årig man utbildades under förloppet af en tyfoid plötsligen en tumör i v. hypokondriet under ökad feber, hufvudvärk och kollaps; tumören nådde till höger om medellinien; den låg tätt under bukbetäckningarna. Sektionen visade den bestå af den kolossalt förstorade, infarkterade mjälten; hela v. lienalis var fyld af en, närmare mjälten fastsittande, längre bort löst liggande trombmassa, som sträckte sig löst in i vena porta ett kort stycke. Dessutom funnos små tromber i mesenterialvenerna från nedersta delen af ileum.

Orsaken är, enligt förf., att söka i en bakteriel inverkan på intima i v. lienalis med åtföljande trombotisering.

I sammanhang med fallen redogör förf. för hittils iakttagna liknande fall samt lidandets etiologi, patol. anatomi och diagnos.

Köster.

S. A. PFANNENSTILL: **Ett fall af isolerad orchitis parotidea hos en äldre person, som i barndomen genomgått typisk påssjuka.** Hygiea 1897, I, s. 529.

Patienten hade vid 10 års ålder genomgått påssjuka, vid 54 års ålder insjuknade han plötsligt med lindrigt allmänt illamående, frysningar och obetydlig feber. Ena testis var ansväld och ömmade för tryck, inga andra sjukliga förändringar kunde påvisas. Efter några dagars stillaliggande och isomslag inträdde fullständig hälsa. — I patientens familj hade de närmaste veckorna förut förefunnits fall af typisk påssjuka.

Edgren.

H. KÖSTER: **Fall af blyförgiftning.** Göteborgs läkaresällsk. förh. 1896, protok., s. 15.

Ett fall, som anföres hufvudsakligast på grund af dess nu mera sällsynta förekomst. Blyförgiftningen var en följd af målning af ett skeppsskrof med mönja. Symptomen i fallet inskränkte sig till blysöm och kakexi, samt tidtals uppträdande kolikplågor.

Köster.

Kirurgi och oftalmiatrik: H. KÖSTER och A. LINDH: Hæmatoma subdurale. Trepanation. — STRANDBYGAARD: Bemärkninger om pharyngorhinitis og Öjensygdomme. — GOTTLIEB KLÆR: Den kroniske Larynxstenoses mekaniske Behandling. — A. LINDH: Kronisk ileus i följd af kongenital missbildning af colon transversum och descendens. — A. LINDH: Njurkirurgisk kasuistik. — I. BORELIUS: Bidrag till den s. k. prostatahypertrofiens patologi och terapi. — EINAR LUNDSGAARD: Prostatahypertrofiens operative Radikalbehandling. — THORKILD ROVSING: Cystitis og bact. coli. — A. RAHLFF: Nogle Bemärkninger til Dr. MELCHIORS Artikel om cystitis og bact. coli. — MAX MELCHIOR: Cystitis og bact. coli. — TH. ROVSING: Dr. MAX MELCHIOR hjemme og ude. — A. RAHLFF: Svar til Dr. MELCHIOR. — MAX MELCHIOR: Cystitis og bact. coli. — — ALFRED PERS: Om radikal Behandling af hydrocele testis. — GUDM. MAGNUSSON: Tuberculosis humeri et scapulæ. Fjärnelse af humerus og scapula. Helbredelse. — F. KAIJSER: Bidrag till kännedomen om serösa artriter, beroende på staphylomycosis. — ALFRED KIRSTEIN: Berigtigelse til V. S. STEINS Afhandling om »Avtoskopi». — S. STEIN: Om Avtoskopi. — A. BORNEMANN: Kort Vejledning i Operationsövelser. — Kasuistik från lasarettsläkarnes rapporter för 1896. — M. STILLE: Operationsbord för laparotomier och gynekologiska operationer.

H. KÖSTER och A. LINDH: **Hæmatoma subdurale. Trepanation.** Göteborgs läkaresällsk. förh. 1896, s. 74.

Hos en potator uppträdde häftig värk i bakhufvudet, utan yrsel. Efter några dagar utbildades en vacklande gång och benägenhet att falla baklänges, småningom somnolens, ömhet öfver vänstra pannhalfvan vid perkussion, pares af höger facialis och höger arm, medan högra benet var normalt. Inga sensibilitetsrubbningar, ingen staspapill. Slutligen coma. Af skäl, i fråga om hvilka hänvisas till epikrisen, ställdes sannolikhetsdiagnos på en process i vänstra frontalloben, som tilltog altjämt, utan att dess natur med säkerhet kunde afgöras. Vid trepanation i ett plan, vertikalt genom främre hörselgångväggen och horisontalt genom öfre orbitalranden, anträffades under duran en håla, fyld af tunn, blodfärgad vätska. Ingen förbättring, död under natten. Sektionen visade utom nämnda håla, som framifrån bakåt mätte 15 cm., från sida till sida 9 cm. och låg mellan dura och pia öfver vänstra frontalloben och centralgyri, å hjärnbasen vid vänstra os etmoidale en mindre, subdural blödning, och å motsvarande vänstra temporalloben en liknande; dessutom fans i pons i vänstra halfvans nedre del en blödning med uppmjukning. Således ett hematom, hvars utgångspunkt dock ej kunde bestämmas, då ingenstädes brustna kärl kunde påvisas.

Köster.

STRANDBYGAARD: **Bemärkninger om pharyngorhinitis og Öjensygdomme.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 577.

Har blandt 350 Öjenpatienter fundet omtrent 100, hvis Lidelser kunde antages at stamme fra en pharyngorhinitis. Med Hensyn til Öjenlidelserne drejede det sig navnlig om conjunct. phlyctænularis og

Keratiter, Korneapletter, Sygdomme i iris og corpus ciliare. — De samtidige Lidelser i nasopharynx vare i Regelen akute eller kroniske Katarrer med eller uden Vegetationer, Tonsilhypertrofi eller Näsetillukning.

Forf. kommer ind på Näsesvälgrumslidelsernes ätiologiske Betydning for en stor Mängde Lidelser og giver i en sammenträngt Form en Oversigt over et betydeligt Antal patologiske Tilstande, som kunne udvikle sig på basis af Infektioner gennem Slimhinden i Näsesvälgrummet.

Schmiegelow.

GOTTLIEB KIÆR: **Den kroniske Larynxstenoses mekaniske Behandling.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 457 og 481.

Efter en kort Indledning, hvori Larynxstenosernes Ätiologi omtales, går Forf. over til Behandlingen, som omtales udförligt således, som den har udviklet sig i Tidernes Löb. Sluttelig omtales 7 Tilfälde af kronisk Strubestenose, som ere behandlede af SCHMIEGELOW, TSCHERNING eller BONDESEN.

1) 10 Års gammel Pige, blev i Marts 94 trakeotomeret for skarlatinös Difterit. Stenosen sidder under Stemmebåndene. Laryngofissur, Excision af Stenosestedet. Bougibehandling. — **Resultat: kan ånde** gennem larynx med tillukket Kanyle.

2) 28 Års Kvinde. Syfilitisk Perikondrit, Kvälningsanfald, Trakeotomi. Behandledes med Intubation. Stenosen sad i Höjde med cart. cricoidea. — Resultat: fri Respiration gennem larynx.

3) $2\frac{1}{2}$ Års Pige. Vanskeligt Dekanylement efter Trakeotomi for Krup. Intubation. Udskreves helbredet.

4) 5 År gammel. Vanskeligt Dekanylement efter Trakeotomi for Krup. Intubation. Laryngofissur, Fjärnelse af Granulationsmasser. — Resultat: fri Respiration gennem larynx.

5) 19 Års gammel Mand. 15 Års gammel Stenose efter Trakeotomi. Gentagne Forsög med Udblokning ad modum Schrötter; i den sidte Tid Intubation. Bedring.

6) $3\frac{1}{2}$ Års Dreng. Vanskelig Dekanylement efter Trakeotomi for Krup. Intubation. Bedring; men Intubering måtte opgives, da han spyttede den ud strax. Bedring. Afbrudt Kuren.

7) $2\frac{1}{4}$ Års Dreng. Trakeotomi for Krup. Vanskelig Dekanylement. Intubation mislykkes. Gradvis Tillukning af Trakealkanylen ved Hjälp af perforerede Kautshukproppe. Helbredelse.

Schmiegelow.

A. LINDH: **Kronisk ileus i följd af kongenital missbildning af colon transversum och descendens.** Göteborgs läkaresällsk. förh. 1896, s. 17, med 1 träsnitt.

En sällsynt missbildning af tarmen hos en 5 års gosse hade gifvit anledning till bilden af en ileus. Vid laparotomien befans nämligen colon transversum utspänd till en grof arms tjocklek, colon descendens slutade uppåt i en lång ringformig blindsäckslynga. Kommunikationen mellan dem utgjordes af en, 1 cm. lång, knapt lillfingertjock

tarmsträng, som blott medgaf en minimal passage af tarmkontenta och inträdde i colon descendens 30 till 35 cm. från divertiklets spets. Entero-anastomos. Hälsa.

Köster.

A. LINDH: **Njurkirurgisk kasuistik.** Göteborgs läkaresällsk. förh. 1896, sid. 68.

Kort redogörelse för *2 fall af nefrektomi* för njurkräfta med lyckligt resultat och *ett fall af nefro-litotomi*, som är anmärkningsvärdt, emedan, oaktadt patienten under 15 år lidit af symptom af njursten, och sådan jämte njurgrus afgått i riklig mängd, man vid operationen ej kunde finna några anmärkningsvärda förändringar i njuren, icke ens några stenar, endast grus i riklig mängd.

Slutligen redogöres för ett fall af *ruptura renis subcutanea.* Hos en 36-årig man utvecklades efter en stöt i vekryggen en resistens till höger om medellinien från nafvelplanet upp mot bröstkorgsranden utan temperaturstigning, icterus eller urinförändring. Vid lumbalsnitt, enligt SIMON, anträffades strax under fascia lumbo-dorsalis en stor, af blodlefrar fyld håla, räckande uppåt under bröstkorgsranden, inåt till ryggraden, nedåt till höjden af spina ilei. Njuren kunde ej palperas i hålan. Läkning.

I epikrisen omnämner förf. ett förut af honom iakttaget fall af subkutan ruptur af högra njuren, som läktes efter nefrektomi.

Köster.

I. BORELIUS: **Bidrag till den s. k. prostatahypertrofiens patologi och terapi.** Hygiea 1897, I, s. 223, 591; II, s. 1.

Först beskrifvas 19 museipreparat; därigenom redogöres för de anatomiska formerna. Obduktionsprotokollen å Upsala patol. institution skärskådas med hänsyn till förekomsten af prostatahypertrofi. Af 1,851 manliga lik hade 89 hyp. prostatæ. Dessa beskrifvas tabellariskt. Omkring hälften af dessa företedde en lobus tertius. I 37 fall angifvas kliniska symptom från urinvägarna ha framträdt under lifvet. Nästan samtliga 89 fall visade förändringar i hjärtat eller i kärlen.

Histologisk undersökning har verkstälts dels af några normala prostata, dels af förstorade sådana och dels slutligen af prostata i några fall, som under lifvet behandlats operatift. Såsom resultat af sina studier frambåller förf., att såväl i normalt stora som i hypertrofiska prostatæ förekomma atrofiska och degenerativa förändringar ofta i stor utsträckning. I de tillfällen, där operation utförts, visade prostata hvarken kvantitativa eller kvalitativa skiljaktigheter från en vanlig hypertrofisk prostata. Genom sina egna och andras histologiska preparat anser sig förf. kunna påstå, att inga anatomiska förändringar framkallas i en hypertrofisk prostata under de veckor, som följa efter en operation (kastration eller vas defer.-resektion). Det teoretiska resonnemang, som ledt RAMM och WHITE, är icke hållbart; en embryologisk analogi emellan uterus och prostata existerar icke.

Arbetets senare hälft rör sig hufvudsakligen om kliniska frågor, närmast om den operativa eller de operativa åtgärdernas resultat och värde.

Från vårt land föreligga berättelser om 102 fall; 50 kastrationer, 46 vas defer.-resektioner, 5 fall med resektion på ena sidan och kastration på den andra. Af de 50 kastrerade ha 11 aflidit längre eller kortare tid efter ingreppet; men i knapt ett enda fall kan operationen såsom sådan anses ha betingat den dödliga utgången. I 27 fall hade operationen gynsam effekt. Akut retention 14 fall, dito + cystit 2 fall, dysuri 4 fall, kronisk retention 5 fall, retention och inkontinens 2 fall. Förminskning af prostata konstaterades i 29 fall. I 2 fall inträdde en öfvergående psykisk rubbning. Vas deferensresektionen har följts af död i 10 fall (af 46). Förbättring i 28 fall. Akut retention 22 fall, dysüri 2 fall, kronisk retention 4 fall. I 10 fall iakttogs förminskning af prostata. Inga psykiska störelser förekommo.

I sin helhet ger den samlade operationsstatistiken: förbättrade 60 %, oförbättrade 16 %, oviss utgång 4 %, döde 20 %. Indikationer och kontraindikationer för den ena eller den andra operationen kunna för närvarande icke ställas, men fortsatta försök torde få anses berättigade och tillrådliga.

J. Åkerman.

EINAR LUNDSGAARD: **Prostatahypertrofiens operative Radikalbehandling.** Köbenhavn 1897. 192 S.

Afhandlingen, som er tilkendt Guldmedalje, er et Forsög på at besvare en af Universitetet fremsat Prisopgave, der skulde dreje sig om de forskellige operative Behandlingsmetoder for Prostatahypertrofien; af Mangel på Tid har Forf. väsentligt beskäftiget sig med den mere radikale Behandling og går mere let over de palliative Metoder: Kateterbehandlingen, Blärepunkturen og Kystotomien. De radikale Metoder, der tilsigte en Formindskelse af prostatas lumen, deles i de direkte (uretrale, rektale, perinäale Operationer og prostatectomia suprapubica) og de indirekte (Underbinding af a. iliac. int., dobbelt og ensidig Kastration samt Resektion af vas deferens). Forf. har samlet en Del Sygehistorier fra Literaturen, tillige enkelte, ikke tidligere offentliggjorte fra Köbenhavns Hospitaler; der findes således 308 Tilfälde med dobbelt Kastration, heraf 49 döde, 23 uden Virkning, 10 tvivlsomme og 226 mere eller mindre bedrede; end videre 157 Tilfälde af Operationer på vas deferens, heraf 20 döde, 28 uden Virkning og 109 mere eller mindre bedrede. Forf. er dog stadig ret reserveret ved sine statistiske Sammenstillinger, da Materialet, således som det foreligger i Literaturen, er meget mangelfuldt, navnlig med Hensyn til Enderesultatet, idet der findes for få Oplysninger om Patienternes senere Skäbne. Det synes som om Kastrationen lover en Del; det må dog erindres, at den ofte er meget usikker i sin Virkemåde, — af og til ses ikke den ringeste Indflydelse på Urinladningen, medens denne i et nästen kongruent Tilfälde strax bedres, — nogle köbenhavnske Sygehistorier vise dog, at en sådan Bedring kan väre rent forbigående.

Kr. Poulsen.

THORKILD ROVSING: **Cystitis og bact. coli.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 444.

Polemik mod M. MELCHIOR i Anledning af dennes Afhandling: Cystitis og bact. coli (Ugeskr. f. L., R. 5, Bd 4, S. 363 og fölgende). Forf. fastholder sine Anskuelser om bact. colis Betydning for Cystiten.

Kr. Poulsen.

A. RAHLFF: **Nogle Bemärkninger til Dr. Melchiors Artikel om cystitis og bact. coli.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 449.

Kritiserer MELCHIORs Dyreforsög.

Kr. Poulsen.

MAX MELCHIOR: **Cystitis og bact. coli.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 494.

Replik til TH. ROVSING og A. RAHLFF.

Kr. Poulsen.

TH. ROVSING: **Dr. Max Melchior hjemme og ude.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 512.

Replik til MELCHIOR.

Kr. Poulsen.

A. RAHLFF: **Svar til Dr. Melchior.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 515.

Replik til MELCHIOR.

Kr. Poulsen.

MAX MELCHIOR: **Cystitis og bact. coli.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 538.

Svar til TH. ROVSING i Anledning af dennes Artikel: Dr. M. MELCHIOR hjemme og ude.

Kr. Poulsen.

ALFRED PERS: **Om radikal Behandling af hydrocele testis.** Afhandling for Doktorgraden. Köbenhavn 1897. 129 S.

Forf. har fra köbenhavnske Hospitaler samlet 313 Tilfälde af hydrocele, behandlede i Tidsrummet 1878—94; af disse ere 167 senere undersögte. Der har väret anvendt Injektionsmetoden med Jod eller Karbolvand og Incisionen, enten den VOLKMANNske, i en Del Tilfälde modificeret (Indläggelse af Jodoformgaze, Afviskning af testis' Overflade), eller også, dog i et begränset Antal, den BERGMANNske totale Excision af det parietale Blad. Det har väret Forf:s Opgave at undersöge Recidivernes Antal og om muligt Årsagerne til Recidivet, end videre testis' Tilstand efter Operationen. Det viste sig, at der kom Recidiv efter Jodinjektionen i 21,7 %, efter Karbolinjektionen i 23,8 %, efter den VOLKMANNske Metode i 14 %; men sidstnävnte gav flere, af og til faretruende Komplikationer. Betydning for Recidivet havde Hydrocelets Störrelse, dets Alder, Sygdomme i testis og epididymis,

endelig Komplikation med Hernier eller varikocele. Hvad endelig testis' Tilstand angår, så var der i enkelte Tilfälde efter alle Behandlingsmetoderne, mest dog efter Incisionen, konstateret en atrofisk Tilstand; dog er det ikke altid let at afgöre, om denne ikke har väret tilstede, medens Hydrocelet fandtes; dog synes det, som om Incisionsmetoden, der fremkalder en stärk Sammenvoxning af de serōse Blade, herved kan fremkalde en atrofisk Tilstand af testis. Forf. sammenstiller stadig sine Tal med udenlandske Statistiker; men Sammenligningen må halte, då så få Tilfälde i Udlandet ere personligt undersögte og en Meddelelse af Patienten er upålidelig, da Vedkommende ofte ikke aner, at der findes et mindre Recidiv.

Forf. anbefaler Jodinjektionen som den mest farefri Metode; muligt er det, at den af BRUNS anbefalede Injektion af ren Karbolsyre vil väre god, da den kan anvendes ambulant; kun hvis der kommer Recidiver, eller hvis tunica vaginalis föles forkalket, vil han råde til Incision, end videre ved kongenite Hydroceler med stor abdominal Kommunikation. Afhandlingen ledsages af Sygehistorierne, ordnede i tabellarisk Form.

Kr. Poulsen.

GUDM. MAGNUSSON: **Tuberculosis humeri et scapulæ. — Fjärnelse af humerus og scapula. — Helbredelse.** Hospitals-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 598.

Det drejer sig om en 21-årig Mand, der i 4 År havde lidt af en venstresidig tuberkulös arthroitis humeri med Sänkningsabscesser og påfölgende Fistler. Den kariöse Proces var så udbredt, at Forf. fjärnede kele Extremiteten med scapula. Forlöbet godt.

Kr. Poulsen.

F. KAIJSER: **Bidrag till kännedomen om serösa artriter, beroende på staphylomycosis.** Hygiea 1897, I, s. 157.

Efter en inledning om ofvan nämnda ledaffektioners patogenes afhandlar förf. i historiken dels föregående arbeten om serös artrit i samband med en primär benhärd, dels de s. k. reumatiska ledaffektionerna af serös natur, bägge betingade af stafylokocker. I kapitlet kliniska symptom redogöres för 1) primär kapselstaphylomycosis, 2) serös artrit vid förekomsten af en primär benhärd. Den första afdelningens fall särskiljas i sådana med akuta och i sådana med kroniska symptom. De akuta fallen ha ett förstadium med öfvervägande allmänna symptom; ett andra stadium med subjektiva och objektiva lokalsymptom af häftig och påfallande art. Öfvergången till det 3:dje stadiet sker omärkligt under minskning af de subjektiva besvären. Men kapselförtjockningen och funktionsrubbningen kvarstå. De kroniskt förlöpande fallen börja mången gång efter ett trauma, gärna itereradt, och utveckla sig intermittent med ansvällning af leden, utgjutning därinom och bindväfsaflagring i eller på kapseln. Funktionsrubbningen kan vara större eller mindre men ger sig alltid tillkänna både aktift och passift.

Förf. har bakteriologiskt undersökt 11 fall; ett af dessa företedde en primär benhärd, öfriga betraktas som primära kapselaffektioner. I

två akuta fall funnos stafylokocker i täckglaspreparat från funktionsvätskan. Odling i näringsvätskor gaf bakterier, liknande eller identiska med staph. pyog. alb. Ett tredje fall af polyartikulär typ gaf endast ytterst sparsamma bakterier i den centrifugerade vätskan från leden, men talrika i kapseln. De funnos både i snitt och i odlingsmaterial som ympats. Sex kroniska fall undersöktes, alla med positift utslag. I två fall, hvilka på grund af de kliniska symptomen räknas hit, erhöls negatift utslag vid undersökningen på bakterier. Vid de akuta formerna finnas bakterierna i både ledvätskan och i kapseln; talrikare vid en häftigare symptomkomplex. Vid de kroniska formerna kunna stafylokocker saknas eller förekomma ytterligt sparsamt i ledens flytande innehåll; men de saknas nästan aldrig i de förtjockade kapseldelarna.

Några djurförsök verkstäldes. Renkulturer från serösa artriter injicierades i 8 ledgångar på 5 kaniner. Reaktion följde, och vid sektionen fann man en serös artrit med kapselförtjockning. 3 af de angripna kaninernas ledgångar visade sig innehålla staph. alb., 2 voro fria därifrån. En försvagad staph. alb. insprutades på 2 försöksdjur. I ena fallet erhöls en serös artrit; i andra fallet inträdde varbildning, och djuret afled. Några andra försök vilja ådagalägga, att trauma predisponerar för en ledaffektion, då staph. alb. insprutas intravenöst.

Nästa afdelning behandlar etiologi, patol. anatomi och prognos. Quoad vitam är prognosen god liksom quoad valetudinem (? Ref.).

Då diagnosen afhandlas nämnes också något om särskiljandet från reumatiska, gonorroiska, tuberkulösa, syfilitiska och deformerande ledaffektioner.

Behandlingen bör vara dels allmänt stärkande, dels lokal: punktion, punktion med sköljning och insprutning, artrotomi (artrektomi).

17 sjukhistorier bifogas.

J. Åkerman.

ALFRED KIRSTEIN: **Berigtigelse til V. S. Steins Afhandling om »Avtoskopi».** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 518 og 603.

Korrespondance.

Schmiegelow.

S. STEIN: **Om Avtoskopi.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 560.

Svar til ovenstående Replik af KIRSTEIN.

Schmiegelow.

A. BORNEMANN: **Kort Vejledning i Operationsövelser.** Köbenhavn 1897. 204 S.

Bogen er udarbejdet til Brug ved de for Marinens Läger indrettede Operationskursus og skildrer Underbindinger, Operationer på Nervesystemet, Amputationer, Exartikulationer, Resektioner og en Del andre jävnlig forekommende Operationer. Den ledsages af 15 smukt udförte Tavler, på hvilke de forskellige Snit ere indtegnede.

Kr. Poulsen.

Kasuistik från lasarettsläkarnes rapporter för år 1896. Hygiea 1897, I, s. 534.

J. BORELIUS (Karlskrona):

1) Atresia vaginæ, hæmatometra? hæmatokolpos.

2) Graviditas extrauterina.

3) Cancer flexuræ coli dextr. »Darmausschaltung».

4) Cancer penis + cancer pleuræ + cancer capsul. supraren. sin. metastat.

5) Otitis media. Abscessus cerebelli.

6) Tumor cerebelli.

G. NAUMANN (Helsingborg):

1) Epileps. Jacksonii post fracturam cranii c. depress. permagna. Resectio cranii. Förbättring.

2) Actinomyces maxill. inf. et oss. temp. et parietalis d. Resectio part. max. inf. o. s. v. Hälsa.

3) Cancer ventriculi. Abscessus abdomin. Gastroenterostomia. Läkning.

4) Cancer pylori et curv. maj. c. dilatat. permagna ventriculi. Gastroenterostomia. Hälsa.

5) Fistula uretero-uterina. Lithiasis cervic. uteri. Neprolithiasis. Evidement. Nephrectomia. Hälsa.

6) Aneurysma popl. sin. c. gangræna anticruris. Amputatio anticruris.

7) Cysta ovarii dextri c. torsione pedunculi. Ovariotomia. Hälsa.

8) Hernia crural. d. incarc. Gangrænosa. Resectio intest. ilei. Hälsa.

C. A. BERGH (Gefle):

1) Om gallstensileus.

2) Om den intermitterande hydronefrosen.

3) Vulum punctum penetr. thoracis et abdom. c. prolapsu viscerum. Reposition och suturering. Hälsa.

4) Sarcoma retroperitonealis lat. d., exstirpatio. Hälsa.

5) Ileus. Laparotomi. Oper. f. anus præternat. Död.

6) Abscessus cerebelli.

J. Åkerman.

M. STILLE: **Operationsbord för laparotomier och gynekologiska operationer.** Hygiea 1897, I, s. 289.

Bordet är uppvärmbart därigenom att hett vatten hälles i en cistern, som befinner sig under pat:s bäcken. Narkotisören kan ställa bordet horisontalt eller mer eller mindre snedt (TRENDELENBURGS läge). 3 planscher bifogas.

J. Åkerman.

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: MAGNUS MÖLLER: Till frågan om injektionstekniken vid behandling af syfilis. — E. PONTOPPIDAN: Den abortive Behandling af Syfilis. — E. PONTOPPIDAN: Gonorreens abortive Behandling. — E. PONTOPPIDAN: Urticaria chronica infantum. — GORDON NORRIE: Urticaria chronica infantum. — ARCTANDER: Erytem, fremkaldt af primula obconica. — N. GRAM: Erytem, fremkaldt af primula obconica.

MAGNUS MÖLLER: **Till frågan om injektionstekniken vid behandling af syfilis.** Hygiea 1897, I, s. 520.

Till fullständigande af sin uppsats om lungembolier vid injektionsbehandling af syfilis redogör förf. här för några försök, utförda på lik, för att utröna i hvilka delar af glutealområdet fara för injektionsmassans införande direkt i en större ven föreligger. — Förf. kommer på grund af sina försök till följande slutsatser:

1) Största fara för veninjektion och lungemboli förefinnes vid djup injektion å en punkt midt emellan spina ilei poster. super. och tuber ischii omkring 6 cm. från medianlinien. Denna fara förefinnes ännu, men i aftagande grad, från nämnda punkt räknadt lateralt mot trochanter major och vertikalt mot tuber ischii.

2) Långt mindre risk i antydda afseende erbjuder öfre glutealtrakten ofvanför den horisontallinie, som tangerar trochanterns öfre spets.

3) Om man förlägger injektionen mindre djupt, supramuskulärt eller i ytligare delen af musc. glut. maximus, så undgår man faran af lungembolier.

Sederholm.

E. PONTOPPIDAN: **Den abortive Behandling af Syfilis.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 505.

Forf. omhandler först *Excisionsmetoden* og omtaler korteligt de forskellige Domme, som ere fäldede over samme. Han har siden 1891 udfört 13 Exstirpationer; de 12, som sloge Fejl, refereres korteligt; ligeledes det ene, som skal väre lykkedes. Han mener fremdeles, at man skylder at byde Patienterne denne Chance. Han omtaler den *ganske tidligt påbegyndte merkurielle Behandling* af Sklerosen og dens Historie (LIPP, KÖBNER, JULLIEN, SCHWIMMER) og afviser samme som praktisk irrationel.

R. Bergh.

E. PONTOPPIDAN: **Gonorreens abortive Behandling.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 457 og 484.

Forf. leverer först en Udsigt over denne abortive Behandlings Historie, dernäst afhandler han selve Anvendelsesmåden af Instillationen i fossa navicularis med en 2 % Lapisoplösning. I Femåret 1891—95 har han blandt 2046 Tilfälde af akut Gonorré haft 160, som egnede sig til abortiv Behandling, og Forf. har haft det själdne

Held at se de 52 eller omtrent ⅓ af Tilfäldene helbredede. Der fölger så en numereret skematisk Oversigt over de 160 behandlede Tilfälde.

R. Bergh.

E. PONTOPPIDAN: **Urticaria chronica infantum.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 505.

Forf. udhäver det lidet indgående Kendskab til denne hos Börn dog hyppige Affektion og mener, at samme skyldes Mangel på Samvirken mellem pädiatrisk og dermatologisk Erfaring. CALCOTT FOX, som forener bägge, har derfor (1890) först kunnet give en ret fyldig Fremstilling af denne Lidelse. Forf. (PONTOPPIDAN) omtaler dens Forhistorie og dens forskellige Betegnelser (strophulus, lichen urticatus, urticaria papulosa). I Femåret 1891—1895 har han set i alt 2604 Tilfälde af Hudsygdomme, hvorimellem 51 af almindelig og 29 af infantil urticaria. Han omhandler Lidelsens Symptomatologi, Diagnosen (scabies, cimicosis, myiasis, kronisk prurigo) og dens patologiske Anatomi (Forskel fra ägte urticaria). Ved Ätiologien omhandler han särligt Alderen og udhäver, at Sygdommen väsentligt tilhörer de allerförste Barneår, särligt det förste, at den er hyppigere i den varme Årstid; derimod betvivler Forf. Indflydelsen af Arvelighed, Dentition, rachitis og Maveudvidning, medens han akcentuerer Betydningen af Overernäring og mener at også den infantile urticaria hovedsageligt har sin Grund i en fra Fordöjelsesforstyrrelser udgående Avtoinfektion; måske spiller også en foröget Urinsyreproduktion derved en Rolle. Prognosen er i det hele god; dog er det muligt, at der som en Art Fortsättelse af den i en senere Alder opträder en prurigo Hebræ. Ved Behandlingen må selvfölgelig först konstitutionelle og intestinale Forstyrrelser (Overernäring) rettes; Huden holdes kölig og fri for Irritation; särligt kan mod Klöen måske anbefales Menthol (2 %) udvendigt og indvendigt lidt Antipyrrin om Aftenen.

R. Bergh.

GORDON NORRIE: **Urticaria chronica infantum.** Hospitals-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 673.

Forf. har hos et Barn set urticaria opstå efter (animal) Vakcination og udbredende sig fra Arrene efter samme, og set denne Affektion gentagende sig ofte, altid med Udgang fra det samme focus, og det igennem fulde 8 År.

R. Bergh.

ARCTANDER: **Erytem, fremkaldt af primula obconica.** Hosp.-Tidende, R 4, Bd 5, S. 553.

Forf. omtaler et Par iagttagne Tilfälde af denne (i övrigt velbekendte) irriterende Virkning af Berörelse af ovennävnte Plante.

R. Bergh.

N. GRAM: **Erytem, fremkaldt af primula obconica.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 602.

Her refereres atter et Par Tilfälde.

R. Bergh.

Obstetrik och gynekologi: C. BÖCHER: Om Placentaretention.

C. BÖCHER: **Om Placentaretention.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 556 og 569.

Forf., der praktiserer på Landet, er kommen til det Resultat, at Placentaretentionen er et hyppigt Fänomen. Retentionen findes efter hans Opfattelse i ethvert Tilfälde, hvor placenta i Löbet af et passende Tidsrum — omtr. 1 Time efter Barnets Födsel — ikke födes fuldständigt spontant eller bringes frem ved et samtidigt Tryk på uterus og et let Träk på Navlesnoren, altså uden Hensyn til, om placenta sidder fast i den övre Del af uterus eller ligger i det nedre Uterinsegment, kun tilbageholdt af fastsiddende Hindepartier. Dette sidste har väret Tilfäldet hos den störste Del af hans Patienter. I Löbet af 20 År har han — fraregnet de Tilfälde, hvor han har ledet en fuldständig normal Födsel, — samlet et Materiale på 114 Accouchementstilfälde, hvor han 66 Gange har truffet Placentaretention, nemlig 25 Gange efter Tangforlösning, 3 Gange efter Vending og Fremträkning, 3 Gange efter Fremträkning alene og 35 Gange efter en naturlig Födsel. Han foreträkker de indvendige Håndgreb fremfor de udvendige, navnlig CREDÉs Metode. Hans Resultater have väret tilfredsstillende. Af samtlige 114 ere 2 döde, en af Eklampsi og en af akut Anämi; i 6 Tilfälde opstod der Puerperalfeber. Af disse 6 findes de 5 på hans Liste over Placentalösninger — altså 5 af 66 = 7,6 %; kun i et af disse Tilfälde kan Placentalösningen muligvis stå i Forbindelse med Infektionen; i de övrige Tilfälde var der allerede Infektion eller Årsag til Infektion för Placentalösningen.

F. Nyrop.

Pediatrik: P. SILFVERSKIÖLD: Progressiv perniciös anemi hos ett barn under 2 år.

P. SILFVERSKIÖLD: **Progressiv perniciös anemi hos ett barn under 2 år.** Göteborgs läkaresällsk. förh. 1896, s. 47.

6 månader före döden började barnet febricitera, och under ständig i hög grad varierande feber blef patienten alt blekare, mjälten svälde lindrigt, och blodundersökning visade en betydlig minskning af de röda blodkropparna ner till 1,252,000 med talrika poikilo- och mikrocyter, riklig mängd enkärniga lymfceller, sparsam mängd eosinofila celler och kärnhaltiga röda blodkroppar. Sektionen visade endast en betydlig anemi af kroppens organ med fedtdegeneration af hjärtmuskulaturen och i epitelet i njurarna. Körtlarna oförändrade.

Köster.

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi: E. NORDENFELT: Om spasteins, helleboreins och kokains temperaturnedsättande verkan. — C. G. SANTESSON: Några ord om järnhalten i mjölk med hänsyn till det artificiela uppfödandet af späda barn. — F. W. WARFVINGE: Ytterligare om kloros och järnbehandling.

E. NORDENFELT: **Om spasteins, helleboreins och kokains temperaturnedsättande verkan.** Göteborgs läkaresällsk. förh. 1896, protok., s. 2.

En efterpröfning af GUINARDs och GELEYs försök att genom inpensling å huden med vatten- resp. spritlösningar af ofvan nämnda ämnen åstadkomma en nedsättning af febertemperaturer: Resultatet var fullkomligt negatift.

Köster.

C. G. SANTESSON: **Några ord om järnhalten i mjölk med hänsyn till det artificiela uppfödandet af späda barn.** (Meddelande i Svenska läkaresällsk. d. 27/4 1897). Hygiea 1897, I, s. 572.

Förf. framhåller, att då komjölk i regeln är järnfattigare än kvinnomjölk, vid artificiel uppfödning — särskildt genom den öfliga spädningen af komjölken — en betänklig järnbrist måste uppstå, en brist, som naturligen icke täckes genom tillförsel af grädde, mjölksocker o. d. Det är, såsom HÖSSLIN förut framhållit, sannolikt, att det ofta mindre gynsamma resultatet af den artificiela uppfödningen till en del berott på järnbrist. Förf. uppfordrar till aktgifvande på detta säkerligen ej oviktiga moment vid artificiel barnuppfödning.

C. G. Santesson.

F. W. WARFVINGE: **Ytterligare om kloros och järnbehandling.** Hygiea 1897, I, s. 489—519, med 35 kurvbilder i texten.

Förf. redogör i denna uppsats närmare och med talrika belysande kurvor för sina högeligen viktiga och intressanta kliniska undersökningar öfver järnets rol vid klorosbehandling, hvilka han förut meddelat i ett föredrag vid 1:sta nordiska kongressen för invärtes medicin. (Se kongressens förhandl., Nord. med. arkiv 1896, tilläggshäfte, s. 63—65, samt referat i samma arkiv 1897, häft. 3, literaturöfversikt, s. 5.)

C. G. Santesson.

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi: L. WOLFF: Edward Jenner och vakcinationen. — De medicinske Läreanstalters »Udvidelse». — TSCHERNING og Red. af Hosp.-Tid.: Kommunehospitalets Praktikantkliniker. — MYGGE og KNUD FABER: Kommunehospitalets Praktikantkliniker. — VINGE: Lägernes professionelle Annonceringer. — HOLST: D:o d:o. — G. NIELSEN; D:o d:o. — A. ROVSING: Kollegialt. — S. MEYER: D:o. — SELCHAU: D:o. — G. BORCH: Rigsdagen og Lägestanden. — G. BORCH: Det forestående Lägemöde. — G. BORCH: Om Sygekasser for velstillede. — —s: Statsunderstöttelse til Sygekasser, som ikke yde Medlemmerne Lägehjälp. — E. ALMQUIST: Några ord om den kollektivutställning öfver sjukvård och sanitära arbeten i Sverge, som finnes utställd i Nordiska museet. — E. ALMQUIST: Några synpunkter angående läroböcker i Hygien. — HAMMERICH: Epidemilov. — H. P. ÖRUM: Kommunens Sygeplejeskole. — AXEL MIKKELSEN: Arbejdsstillinger. — ERNST BOLIN: Sjukligheten i Upsala under åren 1895 och 1896, — H. WESTERGAARD: Statistiske Iagttagelser over Tändernes Tilstand hos köbenhavnske Skolebörn. — THORLAKSEN: Om Tandkaries og dens Udbredelse, särligt med Hensyn til Börnene i Köbenhavns Kommuneskoler. — KLAS LINROTH: Berättelse till kgl. medicinalstyrelsen om allmänna hälsotillståndet i Stockholm under året 1896. — HENRIC BENCKERT: Göteborgs hälsovårdsnämnds årsberättelse för 1896. — AUG. BERLIN: Förste provinsialläkarens årsberättelse om hälso- och sjukvården i Stockholms län för år 1896. — H. SÖRMAN: Årsberättelse från förste provinsialläkaren i Malmöhus län för år 1896. Jämte en bilaga om barnsängsfeberns förekomst i riket 1890—94. — H. NORDENSTRÖM: Årsberättelse från förste provinsialläkaren i Östergötlands län för år 1896. — P. SÖDERBERG: Förste provinsialläkarens årsberättelse öfver hälso- och sjukvården inom Hallands län år 1896. — ERNST BJÖRKMAN: Förste provinsialläkarens årsberättelse öfver hälso- och sjukvården inom Vestmanlands län år 1896. — AUG. SJÖBLOM: Förste provinsialläkarens i Vesternorrlands län årsberättelse för år 1896. — G. EKEROTH: Årsberättelse från förste provinsialläkaren i Vesterbottens län för år 1896. — GUSTAF NORBERG: Årsberättelse för år 1895 från förste provinsialläkaren i Södermanlands län. — C. O. ELFSTRÖM: Utdrag ur hälsovårdsnämndens årsberättelse för 1896. — Indretning af Vandklosetter i Köbenhavn. — Renovationssagen i Köbenhavn. — NEUMANN: Om en forbedret Ordning af den såkaldte Natrenovation. — C. E. WALLER: Förbränningsugnen vid Fejan.

L. WOLFF: **Edward Jenner och vakcinationen.** Göteborgs läkaresällsk. förh. 1896, s. 1.

Minnesord med anledning af 100-årsdagen af vakcinationens införande den 24 maj 1796. *Köster.*

De medicinske Läreanstalters »Udvidelse». Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 557.

I den forlöbne Rigsdagssamling blev det på Foranledning af det medicinske Fakultet og med Konsistoriets og Ministeriets Billigelse vedtaget at erhverve for det offentlige en i umiddelbar Närhed af det tidligere kirurgiske Akademis Bygning liggende Ejndom, som agtes anvendt til forelöbig Afhjälpning af den Pladsmangel, hvorunder Universitetets medicinske Undervisning länge har lidt. I Bygningen agtes indrettet Lokaler for den kirurgiske Instrumentsamling, det anatomiske og det patologisk-anatomiske Museum og de til disse Samlinger hörende Arbejdsrum, Mikroskopisale og Laboratorier, fremdeles et hygiejnisk og et farmakologisk Laboratorium. Ugeskriftets Red. frygter for, at denne såkaldte midlertidige Ordning i lang Tid vil blive en alvorlig Hindring for den radikale Udvidelse, Omdannelse og Udflytning af det kirurgiske Akademi, det kgl. Frederiks Hospital og Födselsstiftelsen, som så länge har väret påtänkt, og som med hver Dag bliver mere nödvendig.

Ax. Ulrik.

TSCHERNING og *Red. af Hosp.-Tid.:* **Kommunehospitalets Praktikantkliniker.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 591, 603, 638, 662.

MYGGE og KNUD FABER: **Kommunehospitalets Praktikantkliniker.** S. St., S. 685.

Diskussion om, hvor länge den nuvärende Ordning af den kliniske Undervisning for studerende ved Kommunehospitalet i Köbenhavn må siges at have fungeret.

Ax. Ulrik.

VINGE: **Lägernes professionelle Annonceringer.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 481 og 563.

HOLST: » » » S. St., S. 540.

G. NIELSEN: » » » S. St., S. 541.

Diskussion om Regler mod faste Annoncer i Dagspressen, benyttede af Läger som Reklame.

Ax. Ulrik.

A. ROVSING: **Kollegialt.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 589.

S. MEYER: » S. St., S. 630.

SELCHAU: » S. St., S. 656.

Diskussion om kollegiale Stridsspörgsmåls Afgörelse ved Voldgiftskendelser og disse Kendelsers Gennemförelse, i fornödent Fald ved Exklusion af Lägeforeningen.

Ax. Ulrik.

G. BORCH: **Rigsdagen og Lägestanden.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 553.

Efter en Redegörelse for det Udbytte, som den sidste Rigsdagssamling har bragt for Landets sanitäre Forhold, i hvilken Henseende

särlig Foranstaltningerne mod Tuberkulose i det vedtagne Tilläg til Epidemiloven bör nävnes, dröftes Udsigterne for en Medicinalreform og den Taktik, som Lägestanden bör fölge for at göre sine Krav gäldende overfor Folkerepräsentationen.

Ax. Ulrik.

G. BORCH: **Det forestående Lägemöde.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 433.

Indeholder Programmet for det almindelige Lägemöde, som d. 17 og 18 Avg. d. Å. afholdtes i Fredericia. Blandt Forhandlingsgenstandene findes Spörgsmålene om Afgörelse af Dissenser mellem Medlemmerne, om Exklusion, om Kampen mod Tuberkulosen (SCHEPELERN), om Skolehygiejnen (A. HERTEL), om Anvendelse af kemiske Lysstråler (S. BANG) og af Röntgenske Stråler (MYGGE), om Tvangsindläggelse af sindssyge (BUNTZEN).

Ax. Ulrik.

G. BORCH: **Om Sygekasser for velstillede.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 588.

Da der blandt Lägerne har vist sig delte Meninger om, hvorledes de med Hensyn til Honorarspörgsmålet bör stille sig overfor Sygekasser for velstillede, vil dette Spörgsmål blive optaget til Dröftelse på det forestående Lägemöde i Fredericia.

Ax. Ulrik.

—S: **Statsunderstöttelse til Sygekasser, som ikke yde Medlemmerne Lägehjälp.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 452.

En Understöttelse som den i Overskriften angivne anses for utilrådelig og ikke stemmende med Lägestandens Interesser.

Ax. Ulrik.

E. ALMQUIST: **Några ord om den kollektivutställning öfver sjukvård och sanitära arbeten i Sverge, som finnes utstäld i Nordiska museet.** Hygiea 1897, I, s. 645.

E. ALMQUIST: **Några synpunkter angående läroböcker i Hygien.** Hygiea 1897. Sv. läkaresällsk. förhandl., s. 134.

E. Almquist.

HAMMERICH: **Epidemilov.** Köbenhavn 1897.

Optryk af Lov om Foranstaltninger mod smitsomme Sygdomme og Regulativerne om Desinfektion og Behandling af Lig med vedföjede Anmärkninger.

Ax. Ulrik.

H. P. ÖRUM: **Kommunens Sygeplejeskole.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 510.

Ved Köbenhavns Kommunehospitaler fra 1 Maj 1897, i Henhold til en på Budgetet for 1897 givet Bevilling af 3000 Kr., indfört en

teoretisk Undervisning af Sygeplejersker. Hidtil have 60 Elever deltaget. Hver Elev får 4 Timer ugentlig Undervisning af to ved Hospitalet ansatte Reservelæger. Fagene ere: Anatomi, Fysiologi, almindelig Sundhedslære og Hjälp ved Ulykkestilfälde.

Ax. Ulrik.

AXEL MIKKELSEN: **Arbejdsstillinger.** Köbenhavn 1896. 286 S.

Bogen indeholder en af mange Afbildninger ledsaget Beskrivelse af de abnorme og sundhedsskadelige Arbejds- og Hvilestillinger, sammenlignede med de naturlige og sundhedsmässige. Materialet er indsamlet ved Iagttagelser gennem en längere Årräkke; trykte Kilder ere ikke anvendte. Skriftet er udgivet med Statsunderstöttelse.

Ax. Ulrik.

ERNST BOLIN: **Sjukligheten i Upsala under åren 1895 och 1896.** Upsala läkareför. förhandl, n. f., bd 2, s. 629.

E. Almquist.

H. WESTERGAARD: **Statistiske Iagttagelser over Tändernes Tilstand hos köbenhavnske Skolebörn.** Tidsskr. for Sundhedspl., Bd 6, S. 18.

Redegörelse for Resultatet af omtr. 10 000 Undersögelser. Herom må henvises til selve Afhandlingen, som er ledsaget af talrige Tabeller.

Ax. Ulrik.

THORLAKSEN: **Om Tandkaries og dens Udbredelse, särligt med Hensyn til Börnene i Köbenhavns Kommuneskoler.** Tidsskr. for Sundhedspleje, Bd 6, S. 1.

For at tilvejebringe en Statistik over Udbredelsen af Tandkaries hos Skolebörn, i Lighed med, hvad der i denne Sag er sket i andre Lande, nedsatte »Tandlägeselskabet i København» for et Par År siden et Udvalg, bestående af Tandlägerne CARSTENSEN, HADERUP og THORLAKSEN. Dette Udvalg foretog med Assistance af forskellige Kolleger Undersögelser blandt Börnene i Köbenhavns Kommuneskoler efter et Skema, der var udarbejdet efter Samråd med Prof. H. WESTERGAARD, som også har bistået ved Bearbejdelsen af det indsamlede Materiale. Hovedresultatet er, at i Barnealderen (7—13 År) 21 % af Tänderne ere angrebne af Tandkaries. Af Sexårständerne ere i 7 Års Alderen allerede 33 % angrebne, i 13 Års Alderen endog 60 %. Den anden store Kindtand, som normalt först skal bryde frem i 13—14 Års Alderen, fandtes i 13 Års Alderen hos 3,1 % af Börnene, men af de frembudte Tänder vare allerede $\frac{1}{5}$ angrebne. Särlig slet var Forholdet hos rakitiske Börn.

Afhandlingen slutter med at omtale de vigtigste Regler for Tandpleje som det bedste Middel til at forebygge Tandkaries.

Ax. Ulrik.

KLAS LINROTH: **Berättelse till kgl. medicinalstyrelsen om allmänna hälsotillståndet i Stockholm under året 1896.** Stockholm 1897, 97 + 67 s. 4:t.

HENRIC BENCKERT: **Göteborgs hälsovårdsnämnds årsberättelse för 1896.** Göteborg 1897, 60 s. + 30 tab. 4:t.

AUG. BERLIN: **Förste provinsialläkarens årsberättelse om hälso- och sjukvården i Stockholms län för år 1896.** Stockholm 1897, 69 s. 4:t.

H. SÖRMAN: **Årsberättelse från förste provinsialläkaren i Malmöhus län för år 1896.** Jämte en bilaga *om barnsängsfeberns förekomst i riket 1890—94.* Malmö 1897, 66 + 7 s. 4:t.

H. NORDENSTRÖM: **Årsberättelse från förste provinsialläkaren i Östergötlands län för år 1896.** Linköping 1897, 63 s. 4:t.

P. SÖDERBERG: **Förste provinsialläkarens årsberättelse öfver hälso- och sjukvården inom Hallands län år 1896.** Halmstad 1897, 68 s. 4:t.

ERNST BJÖRKMAN: **Förste provinsialläkarens årsberättelse öfver hälso- och sjukvården inom Vestmanlands län år 1896.** Vesterås 1897, 66 s. 4:t.

AUG. SJÖBLOM: **Förste provinsialläkarens i Vesternorrlands län årsberättelse för år 1896.** Hernösand 1897, 50 s. 4:t.

G. EKEROTH: **Årsberättelse från förste provinsialläkaren i Vesterbottens län för år 1896.** Umeå 1897, 34 s. 4:t.

GUSTAF NORBERG: **Årsberättelse för år 1895 från förste provinsialläkaren i Södermanlands län.** Nyköping 1896, 44 s. 8:v.

C. O. ELFSTRÖM: **Utdrag ur hälsovårdsnämndens årsberättelse för 1896.** Sundsvall 1897, 8 s. 4:t.

E. Almquist.

Indretning af Vandklosetter i Köbenhavn. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 502.

I et nyt Regulativ for Husspildevandsledninger af 1ste Maj 1897 har Köbenhavns Magistrat fastsat en Del Bestemmelser for Indretning af Vandklosetter, indeholdende tekniske Forskrifter. Vandklosetter kunne nu mod en årlig Afgift indrettes over hele Byen. Så vel Magistratens som Sundhedskommissionens Tilladelse skal i hvert enkelt Tilfälde först indhentes.

Ax. Ulrik.

Renovationssagen i Köbenhavn. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 442.

Red. minder om, at den Frist af 6 År nu er forlöben, efter hvilken Köbenhavns Magistrat havde påtänkt at nedlägge Latrinoplagene i Rådmandsmarken og på Amagerfälled i Byens Närhed, og spörger, om Forberedelser dertil nu ere trufne.

Ax. Ulrik.

NEUMANN: **Om en forbedret Ordning af den såkaldte Natrenovation.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 436.

Forf. har som Medlem af en af Frederiksbergs Kommunalbestyrelse udsendt Kommission besögt Rostock, Stade og Neumünster og

beskriver nu det i disse Byer benyttede Töndesystem. Töndernes Skiftning foregik i dem alle lugtfrit om Dagen efter Påskruning af lufttätte Låg; men Töndernes Rensning var mangelfuld, bedst dog i Neumünster, hvor der anvendtes Törvemel. Bedre vilde det väre at benytte overhedede Vanddampe; men hertil fordres Tönder af Metal, helst Stål.

Ax. Ulrik.

C. E. WALLER: **Förbränningsugnen vid Fejan.** Hygiea 1897, II, s. 244.

Här meddelas beskrifning och afbildningar öfver en vid Fejans karantän nyuppförd ugn för uppbränning af fæces och annan orenlighet.

E. Almquist.

Berättelser från sjukvårdsanstalter: Beretning om St. Hans Hospital og Statens Sindssygeanstalter i 1896. — R. BERGH: Vestre Hospital i 1896. — Årsberättelse från Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt för sjuka barn i Stockholm år 1896. — Årsberättelse (n:r 9) från barnsjukhuset »Samariten» i Stockholm för 1896. — KLEE: Beretning om Silkeborg Vandkuranstalt for 1896. — FLÖYSTRUP: Beretning fra den medikopnevmatiske Anstalt for 1896. — ANDERSEN: Århus Vandkuranstalt 1895—96.

Beretninger om St. Hans Hospital og Statens Sindssygeanstalter i 1896. København 1897.

St. Hans Hospital for sindssyge (Overläge ROHMELL).

Antallet af Patienter var ved Årets Begyndelse 432 Mänd og 580 Kvinder, i alt 1 212, ved dets Slutning 445 Mänd og 574 Kv., i alt 1 019. Der indkom 103 Mänd og 112 Kv., afgik 90 Mänd og 118 Kv., behandledes i alt 535 Mänd og 692 Kv., tilsammen 1 227. *Sygdomsformen* ved Indläggelsen var Melankoli hos 43, Mani hos 32, Forrykthed hos 44, Slövsind hos 91, Idioti hos 5. Samtidig led 33 (22 Mänd og 11 Kv.) af fremskridende Paralyse, 10 (4 Mänd og 6 Kv.) af Epilepsi. Blandt *Årsagerne* kan nävnes Puberteten hos 13, Alderdom hos 16, Drik hos 22, Syfilis hos 25, Fattigdom hos 14, ägteskabelige og andre Sorger hos 11, arveligt Anläg hos 71. Sundhedstilstanden har väret god. *Behandlingsresultaterne* vare: 55 helbredede, 55 bedrede, 15 uhelbredede, 83 döde. Dödsårsagen var hos 21 (16 Mänd og 5 Kv.) dementia paralytica, hos 11 Tuberkulose.

Sindssygeanstalten ved Vordingborg (Overläge HELWEG).

Patienternes Antal var ved Årets Begyndelse 474 (242 Mänd og 232 Kv.), ved dets Slutning 470 (234 Mänd og 236 Kv.). Der indkom 71 Mänd og 83 Kv., afgik 79 Mänd og 79 Kv., behandledes i alt 313 Mänd og 315 Kv., tilsammen 628. 23 Patienter overförtes til Middelfart. *Sygdomsformen* ved Indläggelsen var Mani hos 52, Melankoli hos 61, Vanvid hos 23, Slövsind hos 15, ikke sindssyge

vare 3; samtidig led 10 Mänd af progr. Parese. Blandt *Årsagerne* anföres arvet Disposition hos 14, Disposition efter tidligere Anfald hos 17, Pubertet hos 9, Misbrug af Alkohol hos 6, Syfilis hos 7, Overansträngelse hos 8, Familjesorg hos 7, ökonomiske Sorger hos 8, Kärestesorg hos 7. *Behandlingens Resultater* vare: 62 helbredede, 20 bedrede, 43 uhelbredede, 30 döde, 3 ikke sindssyge. Dödsårsagen var hos 10 Mänd og 1 Kvinde paralysis progr.

Sindssygeanstalten ved Middelfart (Overläge LANGE).

. *Patienternes Antal* var ved Årets Begyndelse 415 (211 Mänd og 204 Kv.), ved dets Slutning 572 (281 Mänd og 291 Kv.). Der indkom 116 Mänd og 148 Kv., afgik 46 Mänd og 61 Kv., behandledes i alt 327 Mänd og 352 Kv., tilsammen 679. Den store Tilgang skyldes den Omständighed, at Anstaltens nybyggede Plejestiftelser i Årets Löb toges i Brug. *Sygdomsformen* ved Indläggelsen var Mani hos 26, Melankoli hos 47, Forrykthed hos 30, Slövsind hos 161. Samtidig led 6 Mänd af progr. Parese, 3 Mänd og 2 Kv. af Epilepsi. Af de under Mani og Melankoli opförte ere 25 Tilfälde rettere at betegne som Forvirring. Blandt *Årsagerne* anföres arvelig Disposition hos 152, Pubertetsudviklingen hos 26, Sväkkelse ved mange Födsler hos 21, Klimakterium hos 16, Senilitet hos 14, Syfilis hos 12, Drik hos 45, Kontusion af Hovedet hos 16, Skuffelse i Kärlighed hos 15, Sorg over Dödsfald hos 15, Familjesplid hos 11. *Behandlingens Resultater* vare: 45 helbredede, 23 bedrede, 11 uhelbredede, 28 döde.

Sindssygeanstalten ved Århus (Overläge HOLM).

Antallet af Patienter var ved Årets Begyndelse 275 Mänd og 276 Kv., i alt 551, ved dets Udgang 265 Mänd og 274 Kv., i alt 539. Der indkom 64 Mänd og 83 Kv., afgik 74 Mänd og 85 Kv., behandledes i alt 339 Mänd og 359 Kv., tilsammen 698. Til Middelfart overförtes 33 Patienter. *Sygdomsformen* ved Indläggelsen var Mani hos 47, Melankoli hos 49, Forrykthed hos 37, Slövsind hos 8, ikke sindssyge 6. Samtidig led 5 Mänd og 1 Kv. af progr. Parese og 1 Mand og 1 Kv. af Epilepsi. Blandt *Årsagerne* anföres ägteskabelige Sorger hos 7, ökonomiske og andre Sorger hos 5, Drik hos 6, Syfilis hos 4, Influenza hos 6, religiös Bearbejdelse, Missionsmöder hos 9, Disposition efter tidligere Anfald hos 16, arvelig Disp. hos 68. *Behandlingsresultaterne* vare: 45 helbredede, 18 bedrede, 56 uhelbredede, 35 döde, 5 ikke sindssyge. Dödsårsagen var hos 6 paresis progr., hos 6 Pnevmoni, hos 7 Tuberkulose.

Sindssygeanstalten i Viborg (Overläge HALLAGER).

Antallet af Patienter var ved Årets Begyndelse 338 (159 Mänd og 179 Kv.), ved dets Udgang 339 (161 Mänd og 178 Kv.). Der indkom 13 Mänd og 9 Kv., afgik 11 Mänd og 10 Kv., behandledes i alt 172 Mänd og 188 Kv., tilsammen 360. *Sygdomsformen* ved Indläggelsen var Forrykthed hos 6, Slövsind hos 14. Samtidig led 2

Mänd og 1 Kv. af Epilepsi. *Årsagen* var hos 11 arvelig Disposition, hos 4 Epilepsi. Der döde 20, deraf 6 af Pnevmoni.

P. D. Koch.

R. BERGH: **Vestre Hospital i 1896.** Beretning om Kommunehosp., Öresundshosp. o. s. v. for 1896. Köbenhavn 1897. (Särtryk 39 S.)

På Hospitalets 2 Afdelinger behandledes i alt 1 838 (1 196 + 642) Individer; ét Dödstilfälde (Barn). — Antallet af de *offentlige Fruentimmer* var 607 ved Slutningen af 1896; Söstaden Köbenhavn har ved en Befolkning af omtr. 408 000 Individer i 1896 kun haft i alt 798 Individer praktiserende som offentlige Fruentimmer. Denne offentlige Prostitution har ydet 1 150 Indläggelser af i alt 436 forskellige Fruentimmer. I Overensstemmelse med Hospitalets årlange Erfaringer ere de privatboende Sköger (med 631 Indläggelser på 266 Ind.) indlagte mindre hyppigt end de i (34) Bordeller kasernerede (med 519 Indläggelser på 115 Ind.), således som nöjere detaljeret. — Fra den anden, den for den *hemmelige Prostitution* reserverede Afdeling, udskreves 553 Individer, hvis forskellige Livsstilling m. m. detaljeres. — De respektive Ejendommeligheder af de på de to Afdelinger forekommende Affektioner specificeres; Själdenheden af Indläggelser på anden Afdeling af Individer med psevdoveneriske Affektioner betones, hvorimod den relative Hyppighed af Vulviter (6 : 1) så vel som af Vaginiter (11 : 0) og Kondylomer (27 : 7 % af Indläggelserne) kontrasterer ligesom også Forekomsten af Syfilis (92 : 66) og isär af förste Udbrud af samme (57 : 22).

De forskellige Kategorier af de *psevdoveneriske Affektioner* specificeres närmere samt deres ulige Hyppighed på de to Servicer. *Genital herpes* forekom på förste Service hos 87 Individer, hos de 68 af *menstruel* Natur; på den anden hos 30, deraf hos de 21 menstruel. Herhen hörer også Flertallet af de ejendommelige *genitale Papler*, som på förste Afdeling sås hos 17, på den anden hos 7, og som hos henholdsvis de 15 og 5 forekom hos tidligere luetiske Individer og måske vare post- eller parasyfilitiske Tilfälde. Dette samme gälder måske for en Del (7 + 5) af de Tilfälde af *epitheliasis oris*, som sås hos 41 Individer på förste, hos 5 på anden Afdeling. — Dernäst omtales forskellige *simple genitale professionelle Läsioner*, og slutteligt Affektioner, som kun stode i fjärnere Forbindelse med disse Individers Levevis (Fnat, Fladlus, Mykoser o. s. v.); Hyppigheden af en *katarralsk angina* (52 + 62 Individer) udhäves.

Af de *veneriske Katarrer* var Uretriten den hyppigst forekommende (939), dernäst Cervikalkatarren (247) samt Affektionerne af det vulvo-vaginale Kertelapparat (124). — Med *Vulvit* indkom 7 (1 + 6) Individer, med *Vaginit* 11 (0 + 11). En Liden af det *vulvo-vaginale Kertelapparat* sås hos 124 (50 + 74) Individer, hos 51 alene på höjre, hos 44 alene på venstre og hos 29 på bägge Sider. Udfloddet var hos de 86 purulent, hos 17 hvidligt, hos 2 honningagtigt; hos 19 forekom Absces, hos de 12 på venstre Side, kun hos ét stinkende. Macula gonorrhoica sås hos 45; Svulst af de indre Lyskeknuder hos 4. Behandlingen medtog gennemsnitsvis lidt over 41 Dage. — De aller-

fleste Sköger erhverve hurtigt *Uretrit*, som hos mange af dem bliver kronisk, latent med Rekrudescenser, med hvidligt Udflod, som undertiden aldrig indeholder Gonokokker, men andre Bakterier (20 Tilf.); undertiden kan intet Udflod påvises, men i Afskrab fra Väggene af urethra kan dog påvises Gonokokker. På *förste* Afdeling forekom 477 Tilfälde, af hvilke de 172 vare purulente; Stranguri angaves kun af 18, stärke reflektoriske Vandträngsler af 7, to havde en let Katarr af Blärehalsen. Hos 15 sås en periurethritis, hos 4 den kroniske hyperplastiske Form af Uretralpapillen. Uretral (gonorroisk) Revmatisme forekom hos 3, hos ét Konjunktivit, hos to urticaria eller multiformt Erytem; en ingvinal Monadenit sås hos to Individer. Behandlingsvarigheden var gennemsnitlig henimod 32 Dage. *Paruretrit* forekom hos 87 Individer, hos de 50 sammen med Uretrit. På den *anden* Afdeling indlagdes 462 Individer med Uretrit, af hvilke de 242 havde purulent Udflod; Stranguri angaves af 36, vesikale tenesmi af 30; hos 23 forekom Periuretrit, hos 3 let cystitis. Hos 7 opstod uretral (gonorroisk) Revmatisme, hos 5 er. nodosum eller polymorphum, hos 5 en ingvinal Monadenit. Behandlingen medtog gennemsnitsvis 47 Dage. De 93 Individer havde Paruretrit, de 90 tillige Uretrit. — En simpel *Cervikalkatarr* sås hos 151 (96 + 55) Individer, en *gonorroisk* hos 96 (61 + 35). Behandlingen medtog 39 og 62 Dage. — *Rektal Gonorré* påvistes kun hos 11 (6 + 5) Individer, Behandlingen medtog gennemsnitsvis 44 og 57 Dage.

Kondylomer i Anogenitalregionen sås på förste Afdeling hos 89, på anden hos 159 Individer. Säde, Behandling o. s. v. detaljeres.

Veneriske Sår (med specifike Baciller) sås hos to (1 + 1) Individer. — *Ingvinale Buboner*, hvis Oprindelsesforhold detaljeres, forekom hos 10 (4 + 6) Individer, hos de 5 (2 + 3) suppurerende.

For *Syfilis* behandledes 158 voxne Individer, på förste Afdeling 66, på anden 92; de 79 (22 + 57) havde det förste Udbrud, 79 Recidiv. Af de *offentlige Fruentimmer* havde, som sädvanligt, et stort Antal, de 7 af 22, pådraget sig Syfilis i det förste År af deres Funktion. Hos 14 af disse Individer sås, således som närmere detaljeret, *Induration*, men aldrig extragenital. Af de 57 på anden Afdeling forekomne Tilfälde viste de 23 Induration, som hos de tre var *extragenital*. *Indurativt Ödem* af Läber eller Nymfer sås hos 17 Individer. Svulst af *Lymfeknuder* manglede ikke hos noget af disse 79 Individer, og altid vare da gl. ingvinales svulne, derefter gl. cervic. postt. (41) o. s. v. De såkaldte *Prodromer* manglede, således som närmere detaljeret, kun hos 22 Individer; 13 Individer havde periosteale Ömheder, Miltsvulst föltes hos ét, hos 4 syntes Patellarreflexerne forögede, hos 4 iagttoges Temperaturstigen. Udbredte *kutane Syfilider* manglede hos 14 Individer; de 54 viste roseola, de 7 småpapulöse Syfilider, storpapulöse (papulate, lentikuläre) sås hos 8, hos det ene tillige en höjresidig *iritis*. Seborroe iagttoges hos 8, Håraffald hos 23, Kruster på Hårbunden ligeledes hos 23. Slimpapler sås kun hos 26 til den anden Afdeling hörende Individer. *Muköse Syfilider* (Katarrer) forekom ofte, Erytem af Svälgslimhinden m. m. hos 44, af Könsslimhinden i det mindste hos 19. Behandlingstiden var gennemsnitlig 75

Dage, og *Behandlingen* altid merkuriel, med (for det meste 50) Inunktioner à 3—5 Gm. Mundirritation optrådte hos 4, en let (merkuriel) colitis hos 2, Mellituri hos ét, Albuminuri hos 9, både denne og hine vare forsvundne ved Udskrivningen. En Tiltagen i Vägt sås hos de 42, en Aftagen hos 26, hos 11 holdt Vägtforholdet sig uforandret.

Recidiv sås hos de 79 Individer. Med et *förste* Recidiv indkom 38, som alle tidligere vare behandlede merkurielt. Afstanden tra det förste Udbrud, sammes Karakter o. s. v. detaljeres ved dette som ved alle de senere Udbrud. De 21 viste Eruptionsprodromer, de 3 med periosteale Ömheder, to med Miltsvulst. Generelle Hududbrud manglede hos 7; de 26 havde roseola, 4 småpapulöse og 3 storpapulöse Syfilider; hos ét Individ med Recidiv efter 10 År forekom en stor suppurerende subkutan Gummition. Med et *andet* Recidiv indkom 21 Individer; de 7 havde roseola, de 4 storpapulöse Syfilider, tre suppurerende Gummitioner, ét en dobbeltsidig *irido-chorioideitis* og ét en destruktiv rhinitis. Et *tredje* Recidiv sås hos 11 Individer, det ene havde en betydelig Volar- og Plantarhyperkeratose med Skorper af — 1 Cm:s Tykkelse. Med et *fjärde*, *femte* og *sjette* Recidiv indkom henholdsvis 3, 1 og ét Individer. Fire endelig indlagdes med efter Räkkefölge *ubestemmeligt* Recidiv, det ene med en dobbeltsidig *irido-chorioideitis*, de tre med suppurerende Gummitioner.

Af samme 158 Individer havde kun de 6, omtr. 3,8 %, *Temperaturforhöjelse*, oftest (4) med förste Udbrud. Hos 49 fandtes en overfladisk *Strube*lidelse, hos de 25 med förste Udbrud. Nogen Svulst af *Milten* syntes at kunne påvises hos 3 Individer.

De 156 Tilfälde *behandledes merkurielt*, ét med Svededekokt med Sublimatpiller, 5 med Sublimatinjektioner, de övrige med Påsmöringer af ungv. hydrargyri. Mundirritation under Behandlingen opstod hos 5 Individer, omtr. hos 3,2 %, colitis hos 5, Albuminuri med eller uden Cylindruri hos 12. En Tiltagen i Vägt under Behandlingen påvistes hos 80, en Aftagen hos 58, hos 19 holdt Vägtforholdet sig uforandret.

Menstruationsuordener (uden påviselig Graviditet) forekom på förste Afdeling hos 30 (af 436) Individer, på anden hos 57 (af 380).

Af ovennävnte 436 forskellige Sköger vides de 10 eller henimod 2,8 % at have *födt*; de 6 af samme havde eller havde haft lues. De 6 af disse Mödre, og 3 af dem havde haft Syfilis, fik fuldbårne og sunde Börn, således som nöjere detaljeret, et af dem döde hurtigt; to andre tidligere luetiske Mödre aborterede i 5te til 6te Måned. — På den anden Afdeling vides 36 Födsler at väre faldne på 380 forskellige Individer, d. e. 9,5 % af dem ere blevne gravide. Födslens Udgang kendtes imidlertid kun for 24. De 11 af disse (36) Individer havde eller havde haft Syfilis; af de luetiske Mödre födte de 5 fuldbårne Börn, af hvilke det ene allerede skal väre död efter få Dage, et andet efter 2 Måneder, et tredje kongenit-syfilitisk (Papler, epiphysitis, Testikelsvulst, Parese) helbrededes (empl. hydrargyri); af de 3 andre (luetiske) Mödre födte den ene 10 Uger for tidligt et Barn, som strax döde, den anden fik en macereret Abort i 6te Måned, og den tredje aborterede i 3dje Måned. Af de 15 ikke-luetiske Individer födte de 13

fuldbårne og sunde Börn, af hvilke dog de to snart döde; og de to aborterede i 5te og anden Måned.

Sluttelig fölger en Räkke Oplysninger om de ikke-professionelle Lidelser, for hvilke *offentlige Fruentimmer* ere behandlede *i andre af Köbenhavns Hospitaler;* af sådanne 39 Individer havde de 16 Liden af de indre Genitalier, for lignende bleve 132 behandlede på Vestre Hospital.

R. Bergh.

Årsberättelse från Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt för sjuka barn i Stockholm år 1896. N:r 43.

Under år 1896 har å anstalten vårdats 471 barn, hvaraf 261 på medicinska och 210 på kirurgiska afdelningen; af dessa hafva på invärtes afdelningen 188 utskrifvits såsom friska eller förbättrade, 23 såsom oförbättrade, på utvärtes afdelningen hafva 148 utskrifvits friske eller förbättrade och 7 oförbättrade. Dödlighetsprocenten har under året utgjort för hela anstalten 5,94 %, för medicinska afdelningen 8,81 och för den kirurgiska afdelningen 2,38 %. Dödsorsakerna hafva varit lungtuberkulos i 5 fall, meningitis tuberculosa i 12 fall, tuberculosis miliare ac. i 1 fall, tumor cerebri i 2 fall, abscessus cerebri i 1 fall, sarcoma pulmonum i 1 fall, pneumonia acuta i 2 fall, samt uti ileus, vitium cordis, nephritis chronica och akut tarmlidande hvardera 1 fall. Då hela antalet döde utgjort 28 och de i tuberkulösa sjukdomar aflidne uppgått till 18, hafva altså dödsfallen i tuberkulos utgjort 64 % af hela antalet aflidna och endast 4 barn hafva aflidit i icke obotliga sjukdomar.

Underhållsdagarnas antal för barnen har uppgått till 21,158 och för hvarje vårdadt barn i medeltal till 45; medelkostnaden för hvarje patient har uppgått till 79: 06 kronor och för hvarje patient per dag till 1: 82 kronor.

På anstaltens medicinska poliklinik hafva råd och ordinationer kostnadsfritt lemnats åt 2,407 barn, på den kirurgiska polikliniken hafva 967 barn behandlats; samfälda poliklinikpatienter för året utgöra 3,374 barn.

Å sjukhuset hafva under året utförts 128 större operationer och dessutom i större antal incisioner och utskrapningar af fistlar och abscesser, anläggande af gipsbäddar m. m.; antalet polikliniskt utförda operationer har uppgått till 167, oafsedt ett större antal mindre operationer.

Af smittosamma sjukdomar hafva under året förekommit pertussis 10 fall, scarlatina 2 fall, difteri 8 fall och morbilli 8 fall.

C. Flensburg.

Årsberättelse (n:r 9) från barnsjukhuset "Samariten" i Stockholm för 1896.

Sjukhuset Samariten med sina 18 ordinarie sängplatser (jämte 2 platser för tillfällig isolering) har under 1896 lemnat vård åt 215 barn, 167 medicinska och 48 kirurgiska fall. Såsom friska hafva utgått 107 medicinska och 35 kirurgiska fall, såsom förbättrade 31 invärtes

och 8 utvärtes patienter; 14 medicinska och 3 kirurgiska fall hafva oförbättrade utskrifvits och 7 patienter hafva under året aflidit, alla i invärtes sjukdom. Dödlighetsprocenten har altså utgjort 3,26 %; dödsorsaken var i 3 fall tuberkulos, i 1 fall organiskt hjärtfel och i 3 fall akut lunginflammation med svåra komplikationer.

Af smittosamma barnsjukdomar hafva under året förekommit ett importeradt fall af difteri, hvilket affördes till epidemisjukhuset utan att vidare sprida smitta. I morbilli insjuknade 1 barn, hvilket isolerades å sjukhuset utan att meddela sjukdomen åt något annat barn. Af scarlatina och pertussis hafva flere fall inträffat under året och hvad scarlatinafallen beträffar kräfdes upprepad vädring och desinfektion af sjukhuset innan smittan var definitift oskadliggjord.

Underhållsdagarnas antal för barnen har uppgått till 6,095 och medeltalet underhållsdagar för hvarje vårdadt barn till 28,35; medelkostnaden för hvarje patient per dag har uppgått till 1: 57 kronor.

C. Flensburg.

KLEE: **Beretning om Silkeborg Vandkuranstalt for 1896.** København 1897.

I 1896 havde Vandkuranstalten 233 Kurgäster, af hvilke 73 tidligere have gennemgået Kure ved Anstalten. Sygedagenes Antal var 8 093. 94 Kurgäster opholdt sig 6 Uger og derover ved Anstalten. En Oversigt over Kurens Resultater gives i tabellarisk Form. Blandt de behandlede Sygdomme vare Nervelidelser, som sädvanlig, de hyppigst forekommende (84 Tilfälde).

Ax. Ulrik.

FLÖYSTRUP: **Beretning fra den medikopnevmatiske Anstalt for 1896.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 529.

F. Levison.

ANDERSEN: **Århus Vandkuranstalt 1895—96.** Århus 1897.

Anstalten har i de forlöbne 2 År väret benyttet af 194 Patienter. Tangludbade ere indförte.

Ax. Ulrik.

Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.

Comptes-rendus des traités

publiées au

Tome XXIX.

N° 24.

B. FLODERUS: **Les altérations anatomiques des organes génitaux après des opérations sexuelles dans l'hypertrophie de la prostate.** (Avec 3 planches.)

L'auteur a recueilli dans la littérature 32 cas d'opérations sexuelles contre l'hypertrophie de la prostate, dans lesquels cet organe a été exploré après la mort. Dans 16 de ces cas, l'exploration avait été uniquement macroscopique, mais en outre microscopique dans les 16 autres. A ces 16 derniers cas, l'auteur joint l'histoire de la maladie, et rend également compte de 4 cas pareils d'hypertrophie de la prostate opérés par Mr le professeur K.-G. LENNANDER à la clinique chirurgicale d'Upsal. Dans 2 de ces cas, il fut effectué une testectomie bilatérale. Les malades, âgés de 77 ans, ne survécurent respectivement que 16 et 8 jours à l'opération. Sur un vieillard de 70 ans, avec suppuration dans l'un des testicules, cet organe fut exstirpé, et l'on opéra simultanément une vasectomie opposée. Il survécut $4^1/_2$ mois à l'opération. Dans le quatrième cas, il fut effectué, sur un malade de 65 ans, une vasectomie bilatérale avec exstirpation des nerfs accompagnant le vase déférent. Il mourut un peu plus d'une année après l'opération. On explora de même après la mort les testicules du sujet avec leurs annexes. Les 3 derniers malades avaient aussi subi l'épicystostomie par suite d'infection dans les voies urinaires supérieures. Résultat de l'opération au point de vue fonctionnel insignifiant ou nul. La cause de la mort fut, dans les divers cas, la broncho-pneumonie avec pyélo-néphrite, la pyélo-néphrite, la spermacystite suppurative avec nephrite parenchymateuse, et dans le dernier cas un oedème aigu (urémique?) des poumons.

L'auteur résume les résultats des explorations dans les 20 cas où la prostate a été explorée microscopiquement après l'opération sexuelle: testectomie bilatérale, 13 cas; testectomie unilatérale, 1 cas; testec-

tomie unilatérale avec vasectomie opposée, 1 cas; vasectomie bilatérale, 5 cas. Il arrive à la conclusion que la diminution extérieure inconstante et rarement poussée à l'excès de la prostate hypertrophiée, n'est pas due à des altérations qu'il soit possible de découvrir dans les tissus organisés de la prostate, mais qu'elle doit être considérée comme provoquée par une diminution des éléments de tissu circulants de l'organe, le sang et la lymphe. Suivant Mr FLODERUS, cette diminution de la congestion reçoit son importance au point de vue fonctionnel moins de la déplethoration de la substance propre de la prostate, que de la diminution de remplissage des systèmes muqueux et submuqueux de la partie prostatique de l'urèthre et du col de la vessie. L'auteur cite un grand nombre d'expériences cliniques à l'appui de sa manière de voir. Il estime que les processus pathologiques découverts par GRIFFITHS, WHITE et HAYNES après la testectomie, et considérés par eux comme des suites de l'opération, sont principalement provoqués par une prostatite préexistante. Il refuse dans tous les cas à l'opinion de ces auteurs une importance décisive pour la question, d'autant que ces cas sont précisément les premiers publiés, et que l'opinion mentionnée sur les effets de l'opération n'a pas pu être partagée par des explorateurs plus récents.

Selon Mr FLODERUS, il n'est pas impossible que les opérations sexuelles en cause provoquent dans la prostate normale des altérations influant même sur les tissus organisés de ce corps, mais il estime qu'elles n'amènent pas, dans la prostate sénile hypertrophiée, des altérations sensibles chez les éléments solides des tissus, du moins pas dans une extension qui leur donne une importance pratique comme facteurs thérapeutiques. Mr FLODERUS signale que dans l'hypertrophie de la prostate, les éléments spécifiques de l'organe, le système glandulaire et les gaînes musculaires entourant ce système, sont d'ordinaire surpassés au point de vue de la masse par le tissu lamineux, dont on est difficilement en droit d'espérer une diminution par l'opération. L'absence d'altérations produites par l'opération dans les tissus organisés de la prostate, n'exclut pas du reste en elle-même, aux yeux de Mr FLODERUS, la justification des procédés opératoires.

Les 14 figures jointes au mémoire montrent l'épithélium glandulaire complètement conservé sur presque tous les points. On voit çà et là des tubes glandulaires atrophiés, que l'auteur estime toutefois être dus à une compression déjà existante avant l'opération, produite par le tissu lamineux proliférant, vu qu'il n'existe aucun signe d'altérations plus aiguës. Il peut être constaté des taches de dégénération graisseuse assez considérable de l'épithélium ou de transformation hyaline de la musculature. On ne trouve néanmoins pas d'altérations qui ne puissent être rencontrées à un égal degré chez les prostates hypertrophiques d'hommes non opérés. Sclérose artérienne très développée dans la prostate du premier cas, faible ou nulle dans les autres.

Chez le malade de 66 ans opéré depuis une année, les testicules présentaient une réduction presque partout uniforme des tubes sémini-

fères à la moitié de leur périphérie normale, ainsi que des lumens presque obturés. Tubes glandulaires formés d'une couche extérieure de cellules régulières, à protoplasma clair et noyaux placés basalement, ainsi qu'une ou plusieurs couches intérieures de petites cellules arrondies à protoplasma granuleux, et grands noyaux en voie rapide de sectionnement cellulaire. On rencontra, sur plusieurs points des lumens, des têtes de spermatozoaires, mais nulle part des spermatozoaires typiques. Mr FLODERUS voit dans les altérations mentionnées les suites probables de la vasectomie, et ces altérations sont distinctes, selon lui, de celles trouvées par GRIFFITHS dans l'atrophie sénile.

Le rete testis et le vase de l'épididyme étaient anomalement distendus par une secrétion riche en spermatozoaires, mais à tous autres égards ne présentaient pas d'altérations. La partie des vases déférents située entre le testicule et le lieu de l'opération montrait l'atrophie de la musculature, la suppression du plissement de la muqueuse et un faible rétrécissement du lumen. Au lieu de l'opération, les vases déférents avaient été remplacés par des cordes de tissu lamineux. Il ne put pas être tracé d'altérations évidentes sur les autres parties des vases déférents, aussi peu que chéz les vésicules séminales et dans les conduits éjaculatoires.

No 25.

OSCAR BLOCH: **Sur la résection du tissu rénal pratiquée dans un but diagnostique.**

Étude relative au conservatisme dans la chirurgie du rein.

Tout chirurgien ayant l'habitude des opérations rénales, sait combien la diagnose exacte des maladies du rein est difficile; il n'existe guère de maladie rénale ayant son symptôme pathognomique propre. Ce fait n'étonne pas du reste le praticien qui considère les maladies sous le point de vue de la pathologie générale. Les meilleurs symptômes, quant à la diagnose en général, sont les démonstrations des cylindres rénaux, d'une vessie saine et d'une »tumeur du rein». Or, ces symptômes n'existent pas toujours, et quant à la démonstration des symptômes les plus sûrs d'une »tumeur du rein», à savoir celle du ballottement rénal et celle de la présence du colon devant la tumeur, j'ai prouvé par des exemples que ces symptômes peuvent facilement nous tromper. Il est donc souvent nécessaire de pratiquer des opérations dans un but diagnostique, savoir la ponction avec ou sans aspiration à travers la peau et l'incision lombaire, qui permet: a) de palper le rein; b) de le faire sortir et de l'examiner; c) d'y faire une ponction, avec ou sans aspirateur, et de constater ainsi la présence d'un calcul, d'un liquide ou de points à consistance molle; d) d'effectuer une néphrotomie pour explorer le tissu rénal lui-même et frayer un chemin par lequel le doigt puisse entrer dans le bassinet et palper; e) d'enlever un lambeau du parenchyme pour lui faire subir un examen bactériologique et microscopique. C'est ce procédé, la dernière des

opérations diagnostiques, la résection du tissu rénal dans un but diagnostique, qui sera le sujet de mes remarques.

Tout chirurgien qui s'est occupé plus spécialement de la chirurgie du rein, et qui a souvent pratiqué les opérations diagnostiques, sait combien il est difficile de diagnostiquer la maladie d'un rein par la vue. La couleur, l'éclat ou le terni de sa surface, le dessin du tissu rénal sanglant, tout peut nous paraître si difficile à interpréter, qu'on est pour ainsi dire forcé d'enlever un lambeau du parenchyme pour l'examen microscopique, afin d'établir clairement la diagnose et de décider la question d'une opération ultérieure (par exemple une néphrectomie secondaire).

Six fois je ne pus parvenir à tirer une diagnose exacte, quoique je fusse à même d'examiner en détail la surface sanglante du tissu rénal; c'était en dernier lieu l'examen microscopique d'un lambeau enlevé, qui fixait la diagnose.

Dans une *première observation*, qui date de 1890, *la diagnose avant l'opération balançait entre le calcul rénal, une pyélite légère ou le rein mobile; vint ensuite l'idée d'un néoplasme; en dernier lieu on présuma qu'il ne s'agissait pas d'une maladie rénale.* Opération exploratrice indiquée par l'incapacité de travail du malade. Rein grossi; l'enveloppe fibreuse offre de petites ecchymoses, et ça et là des parties légèrement proéminentes, d'un aspect bleuâtre et transparent, par conséquent des tumeurs diminutives; la consistance un peu plus molle qu'à l'état normal. Malgré *cinq ponctions exploratrices*, on ne trouve pas de calcul; une incision fait constater que le parenchyme rénal est d'une couleur grise rougeâtre, et quelque peu opaque. N'étant pas encore sûr qu'on n'ait pas affaire à un néoplasme en germe, on pratique la résection d'un lambeau de la substance corticale. La diagnose fut: *néphrite légère avec microbes.*

Dans la *deuxième observation où l'on était à court de diagnose et soupçonnait seulement une maladie du rein* je trouvais un rein allongé, d'une couleur bleuâtre, sauf à un point unique de la capsule, où la couleur était plus foncée, et qui dans son parenchyme rougeâtre ne présentait qu'un seul endroit gris et transparent. On pensera que l'on avait peut-être affaire dans ce cas à un néoplasme en germe. Je fis la résection, et découvris une *néphrite parenchymateuse et interstitielle.*

Dans ces deux cas, on renonça à tout traitement chirurgical ultérieur, fort heureusement pour les malades, qui guérirent tous les deux.

Dans le *troisième cas* j'avais diagnostiqué la *tuberculose*, mais j'abandonnai cette diagnose, parce qu'il me fut impossible de découvrir des bacilles dans l'urine, et je supposai alors l'existence de *calculs rénaux.* Après avoir enlevé quelques fortes adhérences, opération dans laquelle le rein se détache de son enveloppe fibreuse, on découvre un rein lisse, bleu rougeâtre, d'une grandeur normale. Les adhérences empêchent de le faire sortir; on ne peut observer *de visu* la coupe produite par la néphrotomie, mais on parvient à enlever un lambeau du tissu pour l'examen microscopique.

A l'oeil nu, ce lambeau est bleu rougeâtre, à surface garnie de granulations ressemblant à des grains miliaires, et qui se voient aussi clairsemées dans le parenchyme. Ces phénomènes semblant dénoter la tuberculose, je renonce à opérer pour le moment. Dans ce cas, l'inspection microscopique ne démontra ni tubercule histologique indubitable, ni aucun bacille de la tuberculose dans le parenchyme, mais on trouva par contre des bacilles dans la matière jaune grisâtre et granuleuse du bassinet, dont l'opération provoqua l'écoulement.

Dans *la quatrième observation* j'avais affaire à une tumeur fluctuante et mobile d'une grandeur tellement énorme, que personne n'y aurait vu une tumeur rénale. *Le* ***médecin,*** *qui l'avait traitée, s'était cru en présence d'un grand abcès situé derrière le colon ascendant*, provenu d'une appendicite ou d'une hématocèle. Abstraction faite d'un kyste ovarien et d'un ostéosarcome (avec hémorrhagies et kystes) ayant comme point de départ les os pelviens, je penchais pour *une parésie du colon ascendant* dilaté à un haut dégré, parésie due aux fortes doses d'opium que la malade avait prises. Une ponction avec aspirateur donne issue à un liquide d'une odeur féculente et contient des bacilles. Ce n'est que plus tard, qu'il me vint à l'esprit que la tumeur énorme et extrèmement mobile pouvait être une pyélo-néphrite. Une opération exploratrice ne fournit pas d'éclaircissement; le doigt entre dans une cavité énorme, remplie de pus et dont les parois sont lisses. Si, dans ce cas-là, je n'avais pas enlevé un morceau de la paroi du sac, ne ressemblant macroscopiquement pas du tout à du tissu rénal, je n'eusse pu porter aucune diagnose; mais le microscope nous aida; il démontra, qu'il se trouvait, dans un tissu lamineux organisé, quelques restes de tissu rénal; la maladie était donc une *pyélonéphrite chronique suppurante* et par conséquent toute incertitude quant au traitement et à la prognose était écartée.

Des »tumeurs rénales» peuvent nous tromper d'autres manières. Ma *cinquième observation* présente les symptômes cliniques d'une »tumeur *du rein*», surtout j'accentue le ballottement rénal et le son tympanique devant la tumeur. Une ponction avec aspirateur donne du liquide, que je regarde comme signe d'une *vieille pyélo-néphrose;* je pratique une opération exploratrice, et je constate un rein légèrement allongé; quelques parties de la surface se présentent un peu saillantes, d'une couleur rouge bleuâtre intense; une néphrotomie nous fait voir les contours des pyramides un peu effacés, et la coupe d'une couleur jaunâtre; le tissu n'a pas du tout l'air normal. J'en enlève un lambeau et le microscope fait découvrir que *le tissu est complètement sain.* Le fait est d'une grande valeur, parce qu'il montre que l'aspect clinique de la maladie, qui présentait *tous* les signes caractéristiques d'une tumeur du rein, nous a trompés et qu'il nous faut chercher une autre diagnose. Une laparotomie nous donna plus tard dans ce cas une diagnose indubitable: c'était *une kyste de la rate* qui nous avait fait croire à l'existence d'une tumeur rénale.

Chez *ma sixième malade*, j'ai diagnostiqué *un rein mobile*, *peut-être compliqué d'un calcul rénal.* Je trouve une périnéphrite fibreuse très prononcée; le rein, d'une couleur bleu d'acier, présente à un seul

endroit une partie proéminente, qui contient du sang partiellement coagulé. On détache la capsule de la surface, qui se présente d'une couleur rouge bleuâtre; une néphrotomie ne nous fait trouver aucun calcul. Le changement de couleur, uni à l'ecchymose sous-capsulaire me force d'enlever un lambeau pour l'examen microscopique, ce qui me fait constater une *glomérulo-néphrite.*

Ces six observations prouvent toutes, à ce que je crois, la valeur de résections du tissu rénal dans un but diagnostique. A l'aide d'une résection j'ai pu dans plusieurs cas faire abstraction de maladies malignes en germe dont l'existence eût peut-être exigé une exstirpation totale du rein, et j'ai été à même de porter une prognose.

Mais la valeur et l'admissibilité des opérations en question doivent, cela va sans dire, dépendre essentiellement de la question de savoir si elles sont *dangereuses?*

Trois des malades susdites souffraient de néphrite (obs. I, II et VI), *mais n'avaient pas de fistules urinaires;* chez la première la plaie opératoire se maintient cicatrisée depuis *5 ans;* chez la deuxième, depuis *1 an*, chez la troisième, depuis *6 mois.*

Une malade (obs. V), *dont le rein était sain, n'a pas de fistule non plus;* chez elle, la plaie se maintient cicatrisée *depuis 4 ans.*

Chez une malade, avec une pyonéphrose énorme (obs. IV), la plaie se maintient *cicatrisée depuis 11 mois. Une malade tuberculeuse* (obs. III) est affectée *d'une fistule*, ce qui est parfaitement naturel.

Ainsi, la résection du tissu rénal dans un but diagnostique peut se pratiquer sans aboutir à une fistule urinaire, n'importe que les reins soient sains ou enflammés, ou même que le tissu contienne des microbes, ce qui surtout me semble intéressant et sera plus loin l'objet de quelques remarques.

Un autre fait qui me semble digne d'être noté, c'est que *la résection du tissu rénal peut produire un effet curatif*, si non en soi, du moins jointe aux autres opérations exploratrices: la mise à découvert du rein, l'extraction qui nécessite le détachement d'adhérences, la ponction avec ou sans aspirateur, la néphrotomie; la résection est forcément la dernière des opérations exploratrices.

Dans une communication de 1891 j'ai déjà relaté 3 observations qui prouvent que les malades peuvent être guéris par les opérations exploratrices; dans ces cas-là, ainsi que dans plusieurs des cas susdits, il s'agit *de détachements adhérences périrénales; d'incisions faites à des parties kystiquement élargies et à des parties rétrécies, ressemblant à du tissu cicatriciel; de ponctions des reins, qui, même dans les cas où elles ne donnent pas issue à un liquide, exercent néanmoins leur effet par une évacuation de sang; de ruptures accidentelles de la capsule; de détachements projetés, partiels ou totaux, de la capsule de la surface du rein.*

L'explication de l'effet curatif de ces opérations est plus que douteuse; cet effet, est-il dû à l'évacuation du sang, à la suspension de la tension intrarénale ou bien au détachement des adhérences? Il me semble très probable que le détachement des adhérences peut faire cesser les douleurs, mais il y a des cas où toute explication me fait

défaut et où il faut recourir à »l'impression psychique» de ces opérations. Quoi qu'il en soit, il me semble hors de doute que de petites opérations peuvent produire un effet curatif, et plusieurs des observations relatées dans ce mémoire prouvent que des opérations plus grandes: *la néphrotomie à travers le rein entier*, *la palpation digitale du bassinet*, *la résection du tissu rénal*, *n'aggravent pas les chances de la guérison*, si le tissu du rein n'est que légèrement attaqué.

Mais dans le cas où il y a une néphrite très prononcée, ou que l'état de santé est en général abîmé, où la marche de la maladie après l'opération prouve l'existence de complications, où, comme par exemple dans un cas que j'ai traité, il nous fallut tamponner la plaie rénale par suite d'hémorrhagies, dans de tels cas, dis-je, toutes ces manipulations pourront nuire en compromettant la vitalité du tissu rénal. Dans son mémoire, l'auteur communique un cas pareil où le rein attaqué se gangrénait; heureusement l'autre rein était sain, et le malade était en bonne santé deux ans après l'opération.

Il n'y a rien de spécial à dire quant à *la pratique de l'opération* et au *traitement de la plaie opératoire.*

Le lambeau de tissu rénal enlevé, bien entendu à l'aide d'instruments stériles, est immédiatement après l'excision introduit dans une éprouvette sèche et stérile; peut-être vaudrait-il mieux le déposer dans une solution saline stérile »physiologique». D'abord, on ensème dans de la gélatine agar ou dans d'autres milieux de culture; puis on pratique quelques coupes à l'aide d'un microtome à congélation; les coupes produites sont colorées de manières différentes; d'autres parties du fragment enlevé sont durcies dans l'alcool et montées à la paraffine etc.

On obtient de cette manière toutes sortes de préparations pour ses études comparatives.

Il est très interéssant d'étudier *l'état de l'urine* après les opérations exploratrices. Ici je me contente de mentionner le fait étonnant que les éléments étrangers de l'urine se dissipent très vite après l'énorme insulte traumatique du rein; les hématies et les cylindres (qu'on n'y trouve pas même toujours) disparaissent, et l'urine devient normale.

Il me semble aussi que le fait que, sans courir le risque de dangers considérables, on peut se procurer du tissu rénal frais et vivant, est d'une certaine importance pour les *histologistes*, *qui ont aussi l'occasion d'étudier plus exactement l'anatomie du rein*, *surtout celle de l'épithélium*, *ce dont probablement aussi les cliniciens peuvent tirer profit.*

Pour moi, *j'ai été fortement surpris de la constatation d'une néphrite chez des malades qui se sont néanmoins portés on ne peut mieux*, *même des années après cette constatation* (v. obs. I, II et VI).

Si, pour terminer, je passe à la précision *des indications de la résection du tissu rénal, faite dans un but diagnostique*, je pense qu'on peut les formuler ainsi:

Quand on a affaire à une maladie des reins mais que l'on ne possède aucune diagnose clinique certaine, et qu'il est impossible d'en formuler une à l'aide des opérations exploratrices générales qui nous permettent de voir et de palper le rein, pas même à l'aide d'une néphrotomie, dont la coupe permet d'examiner *de visu* le tissu rénal lui-même, il y a lieu dans ce cas d'enlever un lambeau du tissu pour constater, au moyen de la microscopie et de la bactériologie, si l'aspect pathologique du tissu est dû à une inflammation ou à un néoplasme, ou si peut-être l'aspect nous trompe et le rein n'est pas malade du tout. — Les connaisances ainsi obtenues seront d'une grande valeur quant à la question d'une opération ultérieure (par exemple une néphrectomie secondaire).

Ainsi, la résection du tissu rénal, faite dans un but diagnostique, doit être regardée comme une opération qui contribue au conservatisme dans la chirurgie du rein.

N° 26.

ARTUR VESTBERG: **Des anévrysmes disséquants du coeur.** Mémoire d'anatomie pathologique, avec 2 Planches.

Un cas personnel amena l'auteur à faire des études anatomiques et littéraires sur la possibilité de la présence d'anévrysmes disséquants dans le coeur. Le résultat de ces recherches fut qu'il existe dans le coeur de l'homme une forme d'anévrysme qui, en analogie plus ou moins stricte avec les anévrysmes disséquants des vaisseaux, peut être désignée comme anévrysme disséquant du coeur.

Le chapitre I contient un aperçu général des conditions d'anatomie normale régissant la genèse, dans le coeur, de l'anévrysme disséquant, et un exposé des variétés distinctes de ces anévrysmes que rend possibles la différence de la construction du coeur d'avec celle des vaisseaux, avec les modifications de la notion d'»anévrysme disséquant» appelées par cette différence de structure quand on transporte la notion mentionnée dans le domaine de l'organe cardiaque. L'auteur définit l'anévrysme disséquant du coeur comme une *cavité pathologique communiquant avec le coeur même ou avec l'origine de l'aorte, due au décollement, par la pression du sang, des lames des tissus du coeur.*

L'affection se produit sous les 4 variétés suivantes:

1. La variété *pariétale*, ou la cavité de l'anévrisme située entre les couches des parois extérieures libres du coeur;

2. La variété *septale*, ou la situation de l'anévrysme entre les deux feuillets de la cloison interventriculaire ou interauriculaire;

3. La variété *valvulaire*, entre les deux lames d'une valvule cardiaque;

4. La variété *interpariétale*, se produisant entre les surfaces extérieures des parois du coeur, qui présentent entre elles des adhérences lâches à l'état normal (sans former une cloison unique).

Le chapitre II est consacré à l'examen anatomique d'une partie du coeur où l'on rencontre la possibilité de la dernière variété mentionnée, la plus commune, de l'anévrysme disséquant.

Autour de l'origine de l'aorte s'étend un espace cellulaire sous-épicardique, dont la paroi périphérique ou extérieure est formée en partie par les parois antérieures des oreillettes, en partie par le cône artériel de droite. Mr VESTBERG nomme *espace péri-aortique du coeur* cet espace qui, de son sû, n'a pas encore été décrit. Sa paroi centrale ou interne est formée, si on veut la déterminer plus rigoureusement: 1°, par la partie la plus profonde de la paroi de l'aorte; 2°, sous cette partie, par la racine de l'aorte, appartenant au coeur par sa structure, et portant les attaches des valvules, sous lesquelles elle forme les espaces intervalvulaires de HENLE; 3°, d'une strie pariétale inconstante, située entre la racine de l'aorte vers le haut, et la zone fibreuse de la valvule mitrale, ainsi que la cloison interventriculaire vers le bas, cette strie devant être considérée comme la paroi d'un cône artériel gauche. Le tissu cellulaire, lâche, adipeux, remplissant l'espace mentionné, soude la paroi centrale appartenant en majeure partie au coeur, à la paroi périphérique appartenant en entier à cet organe.

A la rupture de la paroi centrale depuis le ventricule gauche ou depuis un sinus de Valsalva, le sang peut pénétrer dans l'espace, en décoller les parois l'une de l'autre, soulever le toit formé par l'épicarde, et établir ainsi un anévrysme disséquant dans tout ou partie de l'espace péri-aortique, ce qui provoque un anévrysme disséquant *interpariétal* du coeur.

De l'espace péri-aortique, le sang peut pénétrer plus loin encore entre les deux feuillets de la cloison des ventricules ou de celle des oreillettes, circonstance qui rend impossible de tirer une limite nettement tranchée entre les anévrysmes disséquants interpariétaux et les anévrysmes disséquants septaux. Il existe en outre des transitions des anévrysmes interpariétaux aux anévrysmes pariétaux, en ce que la paroi périphérique de l'espace est interrompue par les issues des artères coronaires (»orifices de l'espace»); par suite, un anévrysme de l'espace péri-aortique peut même pénétrer ici entre l'épicarde et le myocarde de la paroi extérieure libre du coeur.

Les orifices mentionnés de l'espace en séparent la partie limitée par le cône de droite en dehors (la »partie du cône»), de la partie limitée par la paroi des oreillettes (la »partie auriculaire»).

Le chapitre III est consacré à l'histoire de l'anévrisme disséquant du coeur.

Le chapitre IV décrit au point de vue clinique et pathologique le cas traité personnellement par l'auteur: Femme de 32 ans. Endocardite chronique et aiguë ulcéreuse. Rupture partielle de la paroi intérieure (centrale) de l'espace, entre les valvules sigmoïdes de l'aorte, la valvule postérieure et la valvule gauche, d'un côté, et la base

de la valve antérieure de la valvule mitrale, de l'autre, avec formation d'un anévrysme disséquant dans la partie auriculaire de l'espace. L'anévrysme offre le type chronique, avec une membrane pariétale secondaire. Néphrite parenchymateuse chronique et aiguë. Le décès survient pendant une crise urémique.

Chapitre V. Exposé des cas. L'auteur a recueilli dans la littérature 59 cas d'anévrysme disséquant du coeur, dont il donne l'exposé.

Chapitre VI. Aperçu de la pathologie des anévrysmes disséquants du coeur, basé sur les matériaux recueillis.

De la totalité des 60 cas, 47 étaient *interpariétaux* ou *septaux* (impossibilité de les séparer rigoureusement les uns des autres), un certain nombre avec transitions partielles au type pariétal; 5 étaient *pariétaux* et 8 *valvulaires*. Parmi les cas mentionnés en premier lieu, l'anévrysme occupait dans 1 cas la totalité de l'espace péri-aortique, dans 25 cas la partie auriculaire et dans 13 la partie du cône, tandis que 8 cas ne permettaient pas de localisation spéciale.

Les cas valvulaires non compris, le point de départ était une cavité du coeur dans 31 cas (le ventricule gauche dans tous les cas sauf un, de nature pariétale, parti de l'oreillette droite), et dans 16 cas le sinus de Valsalva.

La *cause* de la lésion qui avait frayé le passage au sang dans les couches cellulaires interstitielles ou entre les parois du coeur, était dans la plupart des cas une *endocardite*, généralement de nature aiguë et ulcéreuse. Parfois un *abcès* paraît s'être préformé dans la cavité de l'anévrysme. Dans d'autres cas, la lésion de continuité a été produite par une *altération athéromateuse de l'aorte* ou par la rupture d'un *anévrysme ordinaire*. Dans deux cas la rupture primaire était probablement *traumatique*.

Les anévrysmes *interpariétaux* affectent fréquemment la forme d'une poche, mais, s'ils occupent la plus grande partie de l'espace péri-aortique, prennent de préférence la forme de cette partie. Quand il est situé *dans la cloison des ventricules*, l'anévrysme peut se diriger par exception vers la cavité du ventricule droit, mais il paraît former le plus souvent un ployement diffus des deux feuillets septaux vers les cavités ventriculaires, parfois avec décollement, sur toute leur étendue, des deux feuillets de la cloison interventriculaire. La forme de l'ouverture peut trahir la naissance de l'anévrysme par une rupture linéaire, ou offrir une forme plus arrondie dans les perforations ulcéreuses. Ces anévrysmes manquent d'abord, naturellement, d'une paroi indépendante, mais il peut se former une membrane secondaire dans les cas chroniques. On constate fréquemment la présence d'un contenu trombotique. La rupture de l'anévrysme a eu lieu dans plus de la moitié des cas, mais seulement une seule fois en dehors, du côté du péricarde. La rupture secondaire du côté des cavités cardiaques provoque des communications anormales entre elles, et l'insuffisance de l'aorte à l'issue de l'anévrysme d'un sinus de Valsalva. Parfois aussi une rupture interne du côté d'une cavité du coeur a été

la cause la plus directe de la mort, ce qu'une rupture du côté du péricarde doit nécessairement amener.

Dans 2 des cas *pariétaux*, la cavité se trouvait entre les feuillets soudés du péricarde et la paroi droite du coeur, avec issue d'anévrysmes rompus de l'aorte, et dans 2 cas dans l'intérieur de la paroi du ventricule gauche, dont un avec issue de la cavité de la chambre et l'autre du sinus gauche de Valsalva. Le 5me cas était une rupture disséquante de la paroi de l'oreillette droite, totalement analogue à un anévrysme disséquant de l'aorte.

Parmi les cas *valvulaires*, 2 appartenaient aux valves de l'aorte, avec issue de la cavité de l'aorte; 2 provenaient du pli septal de la valvule tricuspide, avec issue du ventricule gauche, et 4 du pli mitral antérieur, avec issue tant du ventricule que du sinus de Valsalva de l'aorte le plus rapproché.



Stockholm, 1897. Kungl. Boktryckeriet.

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1897. N:r 30.

Om Resektion af Nyreväv i diagnostisk Öjemed.

Et Bidrag til Konservatisme i Nyrekirurgi.

Af

OSCAR BLOCH.

(Kgl. Frederiks Hospital. Köbenhavn.)

(Udförlige Sygehistorier; Fortsättelse fra n:r 25.)

II. *Diagnose för Operationen.* Af Läge udenfor Hospitalet: EMMETS Ruptur og retroflexio uteri. På Hospitalet: Nyrelidelse? ɔ: ingen Diagnose.

Diagnose umiddelbart efter Operationen. Perinephritis chronica i Form af Adhärencer. D. efter Undersögelse af det exciderede Stykke Nyreväv: Nephritis vera et intestinalis.

Emmily F., 35 År g:l, gift med fhv. Skibsförer, Roskilde. Indlagt 12/11 1895. Opereret 20/11. Udskreven 21/12 1895. Der synes ikke at väre artritisk Disposition i Pat:s Familie. Hun har lidt af »Mavekatarr»; ellers väret rask. Har födt 4 Gange ved Naturen; Barselsängene normale; sidste Födsel for 1½ År siden. Menses have väret regelmässige; har haft en Del Levkorré. Hun er fra Rusland, men har opholdt sig her i Landet de 25 sidste År. For 8 År siden (½ År efter den nästsidste Födsel) begyndte hun uden hende bekendt Lejlighedsårsag at lide af Smerter i höjre Lumbalregion; i Begyndelsen kunde der väre en Måneds frit Mellemrum imellem Smerteanfaldene; men efterhånden ere de tiltagne i Hyppighed og Intensitet; Smerterne komme nu et Par Gange om Ugen. De begynde i Regelen hen ad Aften, isär når hun har ansträngt sig i sit Hus om Dagen, som en gnavende Fornemmelse i höjre Lumbalregion, stråle herfra om i höjre Sidedel af abdomen henimod umbilicus, undertiden over hele överste Del af abdomen; de tiltage jävnt i Intensitet, holde sig stärkest i höjre Lumbalegn og under höjre Kurvatur, ere kontinuerlige, stadig som gnavende. Når hun får disse Smerter, må hun, der er en

virksom Kone i sit Hus, lägge sig til Sängs; de vare da i 1 eller 2 Dage, lindres ved en Varmedunk, anbragt på de smertende Steder, og aftage gradvis. Forsöger hun at stå op, för Smerterne have tabt sig, blive de strax så forvärrede, at hun atter föler sig umulig til Arbejde. Smerterne ere aldrig strålede ned imod Symfysen eller op i Ryggen; hun har aldrig haft Smerter i venstre Renalregion. Når Smerterne ere stärke, får hun stundom Kvalme, af og til tillige Opkastning. Hun har i de sidste 2 Graviditeter väret fri for Smerter i disses sidste 2 til 3 Måneder.

Urinen skal altid have väret klar; hun har ikke bemärket Konkrementer. Hendes Läge har gentagne Gange undersögt Urinen og fundet den normal. Kun under Smerteanfaldene må hun kvittere Urinen hyppigt, og hun mener, at dens Mängde da er tiltagen; under sidste Anfald har hun således kvitteret en större Mängde på en Gang. Hun har aldrig haft Smerter ved Vandladningen.

Fraset Hovedpine Dagen efter et overstået Anfald, har hun ellers ikke frembudt sygelige Symptomer.

For 3 År siden er hun bleven behandlet af en Gynäkolog med EMMETs Operation, Retning af en Deviation af uterus og Indläggelse af et pessarium, men bedredes ikke herved.

For $\frac{1}{2}$ År siden behandledes hun af en anden Läge med Massage af abdomen og Lumbalregionen, ligeledes uden Virkning. I övrigt har hun fået Antifebrin, Antipyrin, kun en själden Gang Opiater. Varmedunken har väret hendes bedste Tröst.

Hun har haft en Hund for omtr. 8 År siden og kan ikke benägte Muligheden af at väre bleven slikket af den.

Den objektive Undersögelse frembyder intet andet abnormt, end at hun er noget öm for Tryk nedenfor höjre Kurvatur; man kan ikke påvise nogen bestemt Intumescens, svarende til höjre Renalegen, men er dog tilböjelig til at tro, at der föles en Udfyldning, ligesom man af og til har en utydelig Fornemmelse af ballottement. Ved rektovaginal Exploration föles corpus uteri noget retroflekteret og måske lidt stort; i övrigt intet abnormt.

$^{13}/_{11}$. Tp. $\frac{37.8}{37}$. Hun er kateteriseret en Gang for 10 År siden (om også ved Operationen på uterus for 3 År siden, kan ikke oplyses, men er vel sandsynligt). Et Kateter i vesica föler intet abnormt. Urinen er klar, kun den sidste Del indeholder en Del fine Fnug; sur, indeholder hverken Albumin, Blod eller Sukker; gelatinerer ikke med Kali; den viser en Del Pladeepitelceller, men ingen Cylindre eller andet abnormt. Podning i Agargelatine gav ikke Kultur ($^{17}/_{11}$ og $^{8}/_{12}$.) Fik i Aftes (efter Anmodning) Antifebrin og Varmedunk. I Dag: Epith. tepid. aqvosum.

$^{14}/_{11}$. $\frac{37.5}{36.5}$. D. 720 i 5 Gange. Vf. 1012. Menses tilstede. Atter i Nat Smerter. Kateterurinen i Dag mindre plumret, sur, indeholder hverken albumen eller Sukker; indeholder en Del Pladeepitelceller, ingen Cylindre.

15/11. $\frac{37.4}{37}$. D. 1150 i 4 G. Vf. 1012. Ingen Smerter. Urinen sätter et skylignende Bundfald; er sur; ingen Cylindre; enkelte röde Blodlegemer. Menses ere fremdeles tilstede. Der föles endnu den omtalte ubestemte Udfyldning; ingen ballottement. Ingen Ömhed.

16/11. $\frac{37.5}{37.2}$. D. 500. Vf. 1012. 3 G. I Dag föles ingen Udfyldning. Er nu fri for Smerter. Ingen Cylindre.

17/11. $\frac{37.2}{36.8}$. Var 6 Timer oppe i Går og befandt sig vel. I Luften. I Urinen findes en Del Pladeepitel, enkelte cylinderformede Urinsyreophobninger, en meget tvivlsom Cylinder af den ägte Slags. Nogle Konglomerater, der ligne Cylindre, ere måske sammenkädede Epithelceller uden Kärne.

18/11. $\frac{37.2}{36.8}$. Har spaseret et Par Timer, men ikke fået de Smerter, man väntede. Man föler den tidligere omtalte Intumescens, men har fået Indtrykket af, at det er hepar. Ingen Cylindre i Urinen.

19/11. $\frac{37}{37}$. D. 500. 2 G. Vf. 1012. Ingen Smerter. Man har fremstillet for Pat., at man ikke har nogen Diagnose, og at en Explorationsoperation er farlig; hun må da selv afgöre, om hendes Smerter ere så stärke, at hun vil löbe den Risiko. Hun erklärer uden Opfordring, at Smerterne umuligt kunne väre »nervöse». Hun gör i det hele et meget roligt og fornuftigt Indtryk.

20/11. $\frac{37.1}{36.8}$. 300. 1012. Ingen Smerter. Hun vil, at der skal foretages Operation.

Under Kloroformäternarkose Skråsnit parallelt med og et Par Centimeter nedenfor costa XII, fra extensor dorsi communis til Brämmen for klar Perkussion; det er 9 Cm. langt. Man kommer hurtigt ind på det retrorenale Fedtväv, der prominerer i Såret og beväger sig ved Respiration. Da Palpationen viser, at Nyren ligger meget dybt, bestemmer man sig til Hjälpesnit nedad; man må da gennemskäre Bundter af musc. obliqvus abdominis ext. Man kan nu indföre det meste af Hånden i Såret og föler, at Nyren er mobil; men man kan dog ikke träkke den ud af Såret; den smutter atter let bort; man må derfor lösne den lidt mere af dens Fedtkapsel; endelig lykkes det at få den helt frem; dens Adhärencer til Fedtkapselen ere på sine Steder, särligt opad, helt vanskelige at lösne. Nyren er langagtig; man föler, ved at palpere pelvis bidigitalt, ingen calculus. Dens Overflade er blålig, på et enkelt Sted mere blå; her punkteres og aspireres; men der kommer ikke Vädske; Nålen föler heller ingen calculus; man inciderer dette Sted; den fibröse Kapsel spaltes i 4 Cm. Udsträkning, lägges til Siderne med anatomisk Pincet; den synes at lösnes på normal Måde; selve Nyrens Overflade er glat, skinnende; man exciderer et Stykke af Nyrevävet; da det skal i sterilt Glas, tabes det, hvorfor man exciderer et nyt Stykke, mere fra Dybden; der er en ret livlig Blödning. Det exciderede Stykke viser sig på et enkelt Parti gråligt gennemskinnende. Blödning fra en Vene standses ved Fingertryk. Da man har set den

omtalte Forandring af Nyrevävet, bestemmer man sig til at forlänge Snittet; det er nu 6 Cm. langt, 3 Cm. bredt; da man åbner hilus, kommer der ingen Vädske. En Finger indföres i pelvis og calyces; der synes at väre nogen Dilatation; men Väggene ere glatte, og der er ingen calculus. Man kan ikke stille nogen Diagnose og nöjes derfor med den omtalte Resektion af Nyreväv i diagnostisk Öjemed.

Blödningen, der har väret rigelig, standses strax, da der lägges Karbolalkoholkatgutsuturer, der fatte en Bro af Kortikalsubstansen, et Par Cm. bred på hver Side af Såret. På det Sted, hvor Resektionen er gjort, lykkes det ikke at forene den fibröse Kapsel helt. Til Kompression og Udtörring er der under hele Operationen benyttet tör steril Gaze; hermed trykkes Såret nu rent; Nyren reponeres; der lägges 7 Suturer, hvoraf en anlägges således gennem Muskel, Fascie og Nyreväv i et Par Cm:s Tykkelse, at Nyren holdes fästet noget op til Sårets Overflade, mest som et point de repère, hvis den mikroskopiske Undersögelse skulde vise, at der er Grund til at foretage ny Operation en af de närmeste Dage. Der er ingen Blödning, som fordrer Ligatur. Der lägges Drän i överste, Jodoformgazemêche i nederste Vinkel. 15 Suturer i Huden — alt Karbolalkoholkatgut. Sidste Sutur anlägges 36 Minutter efter Operationens Begyndelse. Forb. med steril Gaze-Karbolvands-Vat-Forbinding.

21/11. $\frac{37.9}{38.6}$. Hele Dagen i Går stärke Smerter, hvorfor i Aftes inj. morphica Ctgm 1; derefter dog kun 1 Times Ro; atter stärke Smerter i hele abdomen, dog navnlig i höjre reg. lumbalis. 8 Gange Opkastning. I Aftes ved Kateter 240 Kbctm (Vf. 1015), i Morges selv kvitteret 250 Kbctm (Vf. 1015). Kun nydt Ispiller. Habitus ret naturlig; hun er dog lidt kongestionneret på Kinderne. P. 80, regelmässig, kraftig. Tungen ren, fugtig. Den med Kateter tagne Urin var i Begyndelsen klar, senere mörk, blodig og uklar; den indeholder talrige röde Blodlegemer, til Dels ordnede i cylinderformede Ophobninger; ikke fundet Pladeepitelceller. 23,5 °/oo Urinstof. Podning i Agar-Gelatine gav ikke Växt (set sidst 7/12). Det ved Operationen fjärnede Stykke Nyreväv gav heller ikke Växt af Mikrober i Agar-Gelatine.

22/11. D. 550 i 2 Gange. Vf. 1015. 22 °/oo = 11 Gram Urinstof. Urinen fremdeles stärkt blodig, af samme mörk brunlige Farve, indeholder röde og en Del hvide Blodlegemer, en enkelt Cylinder, der dog rimeligvis er en Blodcylinder.

Hele Dagen i Går Smerter i Såret og i abdomen, sov bedre på inj. morphica; stadig Kvalme, 4 Opkastninger. Nydt Mälk, Havresuppe, Rödvin, Sodavand. Der er afgået flatus.

23/11. $\frac{37.9}{37}$. D. 710 i 4 Gange. Vf. 1025. 22,1 °/oo = 16 Gram Urinstof. Urinen klarere. Befindende som i Går, flere Gange Opkastning (i alt 6), 2 Gange tynd Åbning. Endnu Smerter. Forbindingen gennemsivet, lugter af Urin; i dens dybe Del er Blod og Urin indtörret. Såret fuldständig uden Reaktion; Jodoformgazetamponen fjärnes; et Stykke af denne tages i sterilt Glas; det indeholder ikke Mikrober; et Stykke, podet i Agar-Gelatine, viser ikke Växt (set sidst 7/12); det

indlagte Drän lades urört; i Jodoformgazens Sted indlägges et Drän. Steril Gaze-Karbolvands-Vat-Forbinding.

$^{24}/_{11}$. $\frac{37.8}{37.8}$. D. 300. Vf. 1025. 21,2 $^0/_{00}$ = 6 Gram Urinstof. Urinen stärk grålig farvet, med Bundfald af grålige Tjavser og Klumper. Stadig stärke Smerter, navnlig i midterste Del af abdomen fra cardia til Symfysen, stärkest, når hun nyder noget. 2 G. tynd Afföring, ret rigelig. Mindre Kvalme, ingen Opkastning. Fik i Aftes inj. morphica. Har stärke Smerter i venstre crus, mest i Midten af sura.

$^{25}/_{11}$. $\frac{37.7}{37.6}$. D. 700. Vf. 1025. 55,2 $^0/_{00}$ = omtr. 28 Grammer Urinstof. Urinen er nu klarere; den med Kateter tagne er helt klar; indeholder enkelte Pladeepitelceller, enkelte hvide Blodlegemer, ingen Cylindre. Fremdeles, dog särlig i Nat, og det trods inj. morphica, stärke Smerter, især over Symfysen. Nyder fremdeles kun flydende Kost. Forbindingen tör. Rcp. pulv. glycyrrhizæ composit.

$^{26}/_{11}$. $\frac{38.6}{38.3}$. D. 240 Cbctm, men kun for Dagen. Vf. 1020. 20,5 $^0/_{00}$ Urinstof. Nu bedre, har haft Åbning efter clysma glycerini.

$^{27}/_{11}$. $\frac{39}{37.8}$. D. 580. Vf. 1020. 40 $^0/_{00}$ = 35,2 Gram Urinstof. Forbindingen er dog stärkt gennemsivet, med urinös Lugt.

Om det videre Forlöb med Hensyn til Tal for Urin henvise vi til Tabellerne.

$^{28}/_{11}$. $\frac{38.6}{37.4}$.

$^{29}/_{11}$. $\frac{38.5}{37.8}$. Forbindingen skiftes 6:te Dag. Såret er helet per primam; Katgutsuturerne kunne afstryges; kun ringe Ömhed; bägge Drän forkortes. Samme Forbinding.

Hun bedres nu kendeligt. Urinen ser normal ud, med lille, svävende Sky, og indeholder hverken albumen, Blod eller Sukker d. $^1/_{12}$. Der er dog $^3/_{12}$ en Temperatur $\frac{39}{37.4}$ og Hovedpine. Forbindingen skiftes, men her ses intet aparte; det bageste Drän fjärnes, det forreste forkortes, og der anlägges samme Forbinding. Urinen er fremdeles normal $^4/_{12}$; men Aftentemperaturen holder sig forhöjet (ved 39), og da der kommer Smerter ved Urineringen $^6/_{12}$, viser det sig tillige, at Urinen nu er plumret, med tykt, slimet Bundfald, stärkt alkalisk, bliver mere plumret ved Kogning, klares lidt ved Salpetersyre, hvorved den bruser stärkt op. Ved HELLERS Pröve en meget tyk Albuminring; ingen Reaktion på Blod eller Sukker; der findes talrige röde og hvide Blodlegemer, talrige korte og lange Baciller, ingen Cylindre; enkelte Pladeepitelceller. Rcp: 1 Gram Salicylsyre i 200 Grammer Vand 3 Gange daglig; samt dagligt Borvandsudskylning.

$^7/_{12}$. $\frac{38.5}{36.8}$. Färre Smerter. Endnu Gennemsivning af Urin på Stiklagenet. Urinen ser mindre blodig ud.

$^8/_{12}$. $\frac{37.5}{36}$. Smerterne ved Vandladningen ophörte. Kvitteret Urinen 3 Gange; Kateterurin er klar, först imod Slutningen noget uklar; stärkt

alkalisk. — Hendes Temperatur holder sig derefter normal til Udskrivelsen.

$^{9}/_{12}$. Forbindingen skiftes. Dränet er skubbet ud, og da der ikke kan udtrykkes noget fra de nu granulerende Dränsteder, fjärnes det. Jodoformgaze-Vat-Forbinding.

Endnu den $^{11}/_{12}$ er Urinen alkalisk; der udtömmes denne Dag noget slimet, sammenhängende, alkalisk pus; der er talrige degenererede Pusceller, korte og lange tykke Baciller, til Dels sammenhängende i Käder, der have samme Form, men tillige cocci i Kultur ($^{18}/_{12}$), ingen Cylindre. Der er Smerter i *venstre* crus, isär i sura. (Smlgn. Efterskrift.) $^{16}/_{12}$. Urinen lys, let uklar, men sur.

$^{17}/_{12}$. Såret holder sig lägt. Vat. E lecto.

$^{19}/_{12}$. Ingen Smerter i Lumbalegnen. Ingen Smerter ved Urineringen. Urinen kun lidt plumret. Derimod forvolder venstre Underextremitet hende en Del Pine, som hun kender fra de sidste 3 Födsler; der er intet Ödem. Urinen indeholder talrige kornede hvide Blodlegemer, Pladeepitelceller, enkelte Epitelcylindre, talrige Baciller, i Käder.

$^{20}/_{12}$. Sep. Salicyl. (Brugt 18 Gmm.) Rcp: Decoct. fol. uvae ursi. Venstre Underextremitet generer fremdeles. Såret holder sig lägt. Udskrives til fortsat Behandling i Hjemmet.

Om *Urinens Förhold* henvise vi til Tabellen og til Texten ovenfor.

De ved Resektion fjärnede Stykker Nyreväv viste följende: 1) Stykket fra Kortikalsubstansen er 3 Cm. langt, 0,75 Cm. bredt, 0,5 Cm. tykt. 2) Stykket fra Dybden er 2 Cm. langt, 2 bredt, 0,75 tykt. I Vävene findes ikke Mikrober, og der kommer heller ikke Växt af et Stykke, der hensättes i Agar-Gelatine i Termostat. Efter Hr Prosektor BORCHS Verifikation er Diagnosen: interstitiel Nefrit og nephritis vera. (Ved Operationen fandtes perinephritis veteris dati.) Et Präparat, der blev undersögt af Hr Prosektor DAHL i April 1897 og altså har ligget i Balsam i omtr. 1½ År, kan ikke undersöges for Protoplasmets Vedkommende; der fandtes ikke Mikrober.

Om *Patientens senere Tilstand* kan jeg meddele följende, der skyldes hendes Läge:

9 Januar 1896. »Hun har siden Udskrivelsen fortsat Borvandsudskylningen daglig og nydt Decoct. folior. uvae ursi; hun havde dog stadig Smerter ved Urineringen, og Urinen indeholdt 2 ⁰/₀₀ albumen. Hun kom til Sängs, fik epithema tepidum, Tanninpiller, Diät o. s. v. Albumenmängden aftog hurtigt til ¼ ⁰/₀₀; hun kom da atter op.»

12 Februar 1896. »Hun fik få Dage efter atter Smerter over Symfysen og Iskuri. Der var megen Slim i Urinen og 1½ ⁰/₀₀ albumen; samtidig fik hun Symptomer på calculus i *venstre* Nyre (den *ikke* opererede); der indfandt sig nyrekolikagtige Smerter, der varede i nogle Dage; disse svandt; al albumen svandt af Urinen, ligeledes Slimen. Hun er nu oppe daglig og befinder sig så vel, som hun ikke har befundet sig i mange Tider.»

17 Maj 1896 ser jeg hende selv. Hun er fed, glad, har efter särlige Ansträngelser af og til om Aftenen nogen »Gnaven» i Egnen af venstre Nyre. Operationssåret holder sig lägt.

26 Januar 1897 ɔ: 1 År efter Udskrivningen. Hendes Läge meddeler, at »hun er glad og förnöjet, passer sit Hus; kan spasere uden nogen Sinde at märke de Smerter i abdomen, som tidligere gjorde hende til Invalid og tvang hende til at söge Sängen».

Emmily F.

Datum.	Urinmängde i Kcm.	Antal Gange.	Vägtfylde.	Urinstofmängde.[1]	
November 1895.					
13	—	—	—	—	Urinen sur, uden albumen, Blod eller Sukker. Pladeepitelceller, men ikke Cylindre. Podning i Agargelatine gav ikke Kultur.
14	720	5	1012	—	Som den 13de.
15	850	4	1012	—	Fremdeles ikke Cylindre.
16	500	3	1012	—	Ingen Cylindre eller andre abnorme morfologiske Elementer.
17	—	—	—	—	En Del Pladeepitelceller, enkelte cylinderformede Urinsyreophobninger. En meget tvivlsom Albumencylinder. Måske Epitelcellecylindre uden Kärne.
18	—	—	—	—	Ingen Cylindre, men en Del Pladeepitelceller og Urater.
19	500+	2	1012	—	
20	300	—	1012	—	
			Operation.		
21	490	—	1015	23,5 °/oo	Talrige röde Blodlegemer, til Dels i Cylinderform. Ingen Pladeepitelceller. Podning i Agargelatine giver ikke Växt (set sidste Gang 7/12).
22	550	2	1015	22 °/oo = omtr. 11 Gm	Brun Blodfarve. Talrige röde, en Del hvide Blodlegemer, enkelte Pladeepitelceller. En enkelt Blodfarvestof?-Cylinder.

[1]) Angående *Tallene for Urinstofmängden* på denne og de efterfölgende Tabeller minde vi om, at de ikke ere fuldt pålidelige, da der jo afgår Urin gennem Såret og ofte tillige ved Defäkationen. Et + ved Siden af »Urinmängden» angiver, at man har observeret en sådan Afgang af Urin sammen med fæces.

Datum.	Urinmängde i Kcm.	Antal Gange.	Vägtfylde.	Urinstofmängde.	
November 1895.					
23	710	4	1025	22,1 ‰ = omtr. 16 Gm	
24	300	2	1025	21,2 ‰ = 6 »	Urin grålig, med rigeligt Bundfald af grålige Tjavser og Slimklumper.
25	700	3	1025	55,2 ‰ = » 28 »	Kateterurin helt klar; enkelte Pladeepitelceller og hvide Blodlegemer; ingen Cylindre.
26	240+	1	1020	20,5 ‰	
27	880	4	1020	40 ‰ = 35,2 »	
28	500	2	1020	27,8 ‰ = » 14 »	
29	800	2	1016	22,8 ‰ = 18 »	
30	1050	5	1015	18 ‰ = » 19 »	I det hele klar Urin, kun få Fnug.
December.					
1	1040	4	1015	18,5 ‰ = » 19 »	
2	800	2	1010	18 ‰ = 14,4 »	
3	1190	4	1012	18 ‰	Sur, uden albumen eller Blod — i det hele normal.
4	910	4	1015	19,1 ‰ = 17,2 »	
5	880	4	1015	15,8 ‰ = » 14 »	
6	440	3	—	22,7 ‰ = » 10 »	Plumret, tykt slimet Bundfald, stärkt alkalisk; ingen albumen, ingen Blod eller Sukker. Talrige röde og hvide Blodlegemer, talrige korte og lange Baciller. Ingen Cylindre. Rcp. 1 Gm Salicylsyre i 200 Gm Vand 3 G. dagl. Dagl. Borvandsudskylning.
7	730	2	1010	14,2 ‰ = 10,3 »	
8	990	3	1010	14,2 ‰	Alkalisk.
9	750	3	1015	15,8 ‰ = 12 »	
10	800	3	1020	16,5 ‰ = » 13,2 »	Mindre alkalisk, mindre uklar.
11	250+	2	1020	20,8 ‰	Med Kateteret fjärnes noget slimet sammenhängende, alkaliske pus. Talrige degenererede Pusceller, ingen Cylindre; talrige korte og lange Baciller, til Dels i Käder; ved Kultur samme Form, men tillige cocci (18/12).

Datum.	Urinmängde i Kcm.	Antal Gange.	Vägtfylde.	Urinstofmängde.		
December.						
12	915+	3	1015	17,3 ‰ =	15,5 Gm	Klarere, dog endnu alkalisk pus.
13	990	3	1015	15,5 ‰ =	15,4 »	
14	300+ +	—	1015	11,7 ‰		Cont. Salicyl 1 Gm bis.
15	980+	3	1012	11,6 ‰ =	11,5 »	
16	640	—	1015	17,7 ‰ =	11,3 »	
17	250+ + +	3	1015	16,4 ‰		E. lecto.
18	700	—	1015	17,3 ‰ =	12 »	
19	—	—	—	11,5 ‰		Talrige kornede hvide Blodlegemer, Epitelceller, enkelte Epitelcylindre. Talrige Baciller og Bacilkäder.
20	755	—	1015	14,2 ‰ = omtr. 10	»	Sep. Salicyl., hvoraf er brugt 18 Gm. Rcp. decoct. fol. uvae ursi.

Udskrives d. 21/12 1895. Se Journalen om videre Forlöb.

III. *Diagnose för Operationen:* En Läge har diagnosticeret calculi renales et vesicales. På Hospitalet tänkes på tuberculosis renis; men da der ikke findes Tuberkelbaciller, opgives denne Diagnose, og man tror på calculus renalis.

Diagnose umiddelbart efter Operationen: Perinephritis chronica med enorm stärke Adhärencer. Pyelonephrosis suppurans tuberculosa.

Diagnose efter mikroskopisk Undersögelse af det exciderede Nyreväv og bakteriologisk Undersögelse af Pusset: Nephritis chronica med begyndende Atrofi. Tuberkelbaciller i Pusset.

Peter Jensen, 53 År, Pantelåner og Klinker. Indl. 13/9 1895. Opereret 7/10 1895. Udskreven 7/1 1896.

Af den lange Sygehistorie udhäves fölgende:

For omtr. 6 År siden typisk venstresidig Nyrekolik uden albumen eller Grus i Urinen. Han lå til Sängs i omtr. 15 Uger, havde flere Gange Anfald af voldsomme Smerter, der dog holdt sig i Lumbalregionen; Urineringen var fri, uden Blod.

For omtr. ½ År siden en orchitris sinistra, der var temmelig langvarig.

For knap 1 År siden Smerter i glans penis efter Urineringen, der blev hyppig, også indfandt sig om Natten; Urinen indeholdt 1 ‰ albumen. Behandledes med varme Bade, Tannin og Opiater.

I Januar 1895 (for 9 Måneder siden) steg Albumenmängden til 2 ‰, Smerterne i penis vare uforandrede; han indlagdes på S:t Josefs Hospital under Diagnosen calculi renales et vesicales; Lägen her kunde ikke påvise Sten i vesica; der var hyppig smertefuld Urinering, men

ringe Mängde pus i Urinen; Tuberkelbaciller fandtes; lokal Behandling var resultatlös. Et Par Dage efter at han var udskreven, fik han (4 April) en Blödning per urethram af omtrent 250 Kbctm:s Mängde. I Maj fik han purulent Udflod af urethra, der behandledes med antigonorroiske Midler. I Juni 1895 Smerter og Svulst i venstre Håndled, der svandt ved Salicylsyre og Sängeleje.

Denne Meddelelse, der stammer fra Lägen, suppleres med fölgende Oplysninger fra Patienten selv:

Der kom jävnlig lidt Blod per urethram, efter at vesica var bleven sonderet med Instrumenter; Urinen, der tidligere skönnedes af ham at väre lidt uklar, er i de sidste 5 Måneder bleven mere pluneret, men har ikke lugtet ilde. Hans Besvär ved Urineringen er stärkest om Dagen, og han kan ikke tåle at köre. Han har brugt Lapisudskylninger, der smerte ham meget. Han mener selv ikke at have haft Feber; han er afmagret en Del.

Ved Indläggelsen 13/9 1895 er han bleg, men ikke särligt mager. Der konstateres ikke noget abnormt ved abdomen, navnlig ingen »Nyresvulst». Han ömmer sig ved exploratio rectalis, isär svarende til överste venstre Hjörne af prostata, hvor man synes at kunne föle et lille Parti, som er hårdere, men ikke kan isoleres fra det övrige Väv. Vesiculæ seminales frembyde intet abnormt.

14/9. En Thompsons Stensonde indföres let; man föler Väggene besatte med colonnes, föler ingen calculus. Ved Borvandsinjektion synes han at föle häftige Smerter; der kan kun injiceres lidt, för han presser på; hans Smerter blive stärke, da der er injiceret 155 Kbctm. I Sonden findes et Koagel; ingen stärkere Blödning.

Urinen, tagen med Sonden i sterilt Glas, er uklar, plumret, sur, reagerer på albumen og Blod, ikke på Sukker. Den indeholder talrige röde og hvide Blodlegemer, enkelte runde Epitelceller; i et af Präparaterne fandtes to utvivlsomme kornede Cylindre. Ingen Tuberkelbaciller eller andre Mikrober i Däkglaspräparatet. Podning i Agar-Gelatine gav imidlertid efter 3 Dage grålig Sömväxt af talrige cocci og cocci i Käder, men i et andet Podeglas fra samme Urin ingen Växt. Den fölgende Dags (15/9) sterilt tagne Urin, der også indeholdt Cylindre, viste 2 Dage senere grålig Sömväxt af cocci og Kokkobaciller.

Den fölgende Tids Undersögelse viste, at Pat. havde hyppig og smertefuld Urinering, der dog lindredes under Brugen af 1 Gram Antipyrin 2 Gange daglig, Opiumssuppositorier på 10 Ctgm om Aftenen, samt daglig Borvandsudskylning. Smerterne havde mest deres Säde i perinæum, strålende ud i penis, men også i höjre femur og andre Steder, kun själdent, i Samenligning med tidligere, i venstre Renalegn; hans Kone angiver, at han ofte har klaget sig over denne Side i Hjemmet. I det hele er han ikke til at stole på; han gör Indtryk af at väre på Veje til at blive sindssyg. Da man ikke fik ham bedret ved forandret Terapi (Copaiva-Balsam, derivantia o. a.), og da Urinen stadig ved daglig Undersögelse viser Cylindre (dels kornede, dels hyaline), da Kystoskopien ikke giver Oplysning om Lidelse af vesica, diagnosticerede man, i Henhold til Anamnesen, venstresidig Nyrelidelse og foreslår ham en Explorationsoperation, dog uden at vänte, at hans

peno-perinæale Smerter skulle häves derved. Man har ingen Diagnose af Nyrelidelsens Art, men tänker närmest på calculus. Tuberkulosen mener man at kunne udelukke, da den i Löbet af 3 Uger så jävnlig udförte Analyse aldrig har påvist Tuberkelbaciller. Den tidligere behandlende Läge har ment en Gang at have fundet Tuberkelbaciller; en Pröve, tilsendt ham, indeholdt dog nu efter hans Mening ikke Tuberkelbaciller. I de 3 Uger, han har väret observeret, har han väret feberfri. Om Urinens Forhold m. m. henvise vi til Tabellerne.

7/10 1895: Operation. Lumbalt Skråsnit med lodret Hjälpesnit nedad. Nyren ligger dybt; den underlagte Sandpose og Assistentens Hånd på Forfladen af abdomen kunne ikke bringe den närmere til Operatören; den ligger tillige höjt oppe; man kan ikke drage den frem med Fingrene; man bestemmer sig til at träkke den frem med en MUSEUX's Tang; denne har väsentligst Tag i Kapseldele; der går dog under Traktionerne Hul, og under ret stärkt Pres udtömmes en gulliggrå, grynet Pusmasse, hvoraf fanges i sterilt Glas; senere kommer der mere pus frem, der også fanges til Undersögelse. Da der er en Del parenkymatös Hämorragi, irrigeres med varmt Borvand. En Finger föler nu, at Nyren nu er lösnet på Indsiden af den fibröse Kapsel; den er af normal Störrelse, blåröd, glat på Overfladen; men den er ikke til at träkke frem; Adhärencerne imellem Kapslen og Omgivelserne ere meget faste. Man föler ingen Konkrementer; man punkterer med en fin Nål under Vejledning af Fingeren, senere med en grovere, i alt på 3 Steder i 4 à 5 Ctm:s Dybde, men föler ingen calculus; derpå punkterer man i Retning af hilus; ved lufttomt Rums Aspiration opsuges lidt plumret Vädske, ligeledes ved Aspiration med Håndkraft, men kun lidt; det fanges i sterilt Glas. Man kan ikke få Nyren så meget frem, at man kan göre Nefrotomi. Ved Hjälp af store Sårhager vinder man dog så megen Plads, at man i Dybden kan udskäre en Tärning af Nyrevävet, derpå et mere kileformet Stykke, der når dybere ned i corticalis. De optages bägge i sterilt Glas (de viste sig ved senere Måling at väre henholdsvis 0,75, 0,75 og 1 Centimeter og 1,5, 1,5 og 0,5 Cm. store). Blödningen har i det hele väret middelmådig. Af blödende Arterier i Adgangssåret til Nyren ligeres kun én. Der indlägges en Jodoformgazetampon og et Drän; Såret forenes i övrigt med 9 Karbolalkoholkatgutsuturer; den sidste anlägges 30 Minutter efter den i det hele besvärlige Operations Begyndelse. Den forbindes med tör steril Gaze og sterilt hydrofobt Vat. Ingen Kollaps; Pulsen dog lille.

De i sterile Glas opfangede Pröver af pus viste talrige *Tuberkelbaciller*, särligt i det ved Aspirationen optagne; ikke andre Mikrober i Däkglaspräparat. Kulturforsöget i Agar-Gelatine viste ingen Mikrober (10de Dag), hvoraf man også tör slutte, at det var Tuberkelbaciller.

8/10. $\frac{38.5}{38.4}$. Ingen Kollaps. En Del ikke särligt blodigt Udflod på Stiklagenet. Den kvitterede Urin er blodig. Han har *ikke haft Smerter i perinaeum eller penis ved Urineringen;* disse Smerter, der tidligere have domineret Sygdomsbilledet, opfattes derfor som Reflexsmerter.

9/10. $\frac{39.9}{38.5}$. Tympanitisk Udspiling af abdomen uden Afgang af flatus og for stram Bandage have generet ham meget. Har haft ubetydelig Smerte i glans penis.

De fölgende Dage bedredes han; der var ikke Smerter.

Angående Urinen m. m. henvise vi til Tabellen.

12/10. Forbindingen skiftes 5te Dag, da den er stärkt gennemsivet og lugtende af Urin; i dens dybeste Del ses et tilsyneladende frisk Koagel, der dog viser sig at indeholde cocci. Såret er uden inflammatorisk Reaktion. Jodoformgazetamponen fjärnes, medens Dränet, hvori der er et Koagel, beholdes. Forbinding med steril Gaze og sterilt hydrofobt Vat. Dränsekretet indeholdt cocci, diplococci og enkelte Baciller, ikke Tuberkelbaciller; Kulturforsög gav grålighvid Sömväxt med samme Indhold.

15/10. I Går atter Smerter ved Vandladningen, som det synes, i hele Forlöbet af urethra; disse Smerter vise sig de fölgende Dage at have Säde i urethra, ikke som forhen i glans, de indfinde sig kun under Urineringen, og han er fri for Smerter i omtrent 1½ Time derefter.

Han er feberfri 13/10 til 31/10.

18/10 skiftes Forbindingen. Såret helet undtagen på Dränstedet. Dränet forkortes til 5 à 6 Cm. Forb. med Jodoformgaze, sterilt hydrofilt og sterilt hydrofobt Vat. Man tvinger ham, der synes at have meget vanskeligt ved at observere sig selv og svare bestemt, til at give ordentlig Besked; han erklärer, at Smerterne ikke ere så stärke som för Operationen og have skiftet Säde, da de nu sidde langs pars pendula urethrae.

26/10. Forbindingen skiftes. Ingen Retention, men endnu pus fra den granulerende Dränkanal; der indlägges et tyndere Drän, ved Siden af dette Jodoformgazemêche, og han forbindes som d. 18/10 med Jodoformgaze-Vat-Forbinding. Han angiver, at Smerterne ere mindre intense, og at han i det hele er lindret ved Operationen.

31/10 begynder Aftentemperaturen at stige; der kommer stärkere Smerter og hyppigere Urinering (omtr. 8 Gange i Dögnet).

3/11. $\frac{38.5}{37.8}$. Forbindingen skiftes. Såret träkker sig godt sammen; der står kun lidt pus; dette viser sig ikke at indeholde Tuberkelbaciller. men enkelte diplococci. Sårkanalen irrigeres med Borvand, Dränet fjärnes. Der indlägges Jodoformgazemêche og forbindes med Jodoformgaze-Vat-Forbinding.

Ved Rektalexploration föles til venstre for Midtlinien i Egnen af prostata som et hampefröstort Legeme under Slimhinden, men prostata er ikke forstörret og vesiculæ seminales föles ikke. Försögsvis e lecto.

Han befandt sig ret vel ved at väre oppe, skönt Temperaturen om Aftenen var 39.4 til 39.8 og Urinen d. 6/11 indeholdt mere Bundfald end sädvanligt. Smerterne ved Urineringen angaves også at väre stärkere; det var Hensynet til hans almene Sindstilstand, der dikterede at lade ham komme op. Den 3/11 ere Klagerne stärkere og Pusbundfaldet rigeligere; da man har talt om Anläggelse af en Fistel over Sym-

fysen, klager han de fölgende Dage mindre. Trods Opiumssuppositorier om Aftenen vedbliver han dog atter senere at klage stärkt; Pusmängden i Urinen tiltager; den er sur. Temperaturen bliver nu mindre höj; den $^{13}/_{11}$ begynder man med Udskylning med: Formol 40 Gram, Alkohol 100 Gram, deraf 1 : 500 Vand til Udskylning.

Man lader strax det indspröjtede löbe ud igen. Man fortsätter med disse Formolinjektioner, der ikke smerte; men hans vesica (eller han selv?) vil ikke lade det blive inde; man opnår dog at holde omtr. 100 Grammer inde i et eller 2 Minutter. Den $^{22}/_{11}$ noteres, at han i de sidste Dage har haft langt färre Smerter ved Urineringen; Aftentemperaturen, der indtil den 18de var kun lidet forhöjet, er den 19, 20 og 21: 39.5, 40.3 og 38.9, men bliver derefter normal i en hel Måned (til $^{20}/_{12}$), og det synes virkelig, at hans Smerter aftage.

Imidlertid er Forbindingen på Grund af Gennemsivning skiftet d. $^{9}/_{11}$, $^{18}/_{11}$ og $^{25}/_{11}$; der er stadig ingen inflammatorisk Reaktion, men Fistlen secernerer rigeligt. Den $^{25}/_{11}$ seponeres Formolinjektionerne (og dec. fol. uvae ursi, hvoraf han har brugt 8 Gange 30—250). I den fölgende Tid variere hans Angivelser om Smerterne meget; man kan ikke blive klog på, om han i det hele er bedret eller ikke.

$^{11}/_{12}$. Kun på det tidligere Dränsted et lille Fistel; men der viser sig dog påfaldende stärk Sekretion d. $^{19}/_{12}$, da der atter må skiftes. Man injicerer Jodoform-Glycerin i Fistlen.

Fra $^{20}/_{12}$ til $^{23}/_{12}$ akute febrilia, der näppe have noget med hans Nyrelidelse at göre. Temperaturen er derefter atter normal, til han udskrives.

$^{2}/_{1}$ 96 skiftes Forbindingen 14de Dag: Der er kun lidt og nästen indtörret Sekret. Såret synes lägt på när et hampefröstort, granulerende Parti; ingen Retention, ingen Ömhed. Jodoformgaz-Vat-Forbinding.

I nogle Dögn angiver han nu at befinde sig vel; så er der atter Smerter. Han udskrives til fortsat Behandling i Hjemmet $^{7}/_{1}$ 96.

Om Urinens Forhold m. m. henvise vi til Tabellen.

De ved Resektion fjärnede Stykker Nyreväv vare af blåligröd Farve, som grynede (ikke ulig miliäre Gryn) på Overfladen, men kun sparsomt i Dybden. I Vävet findes ikke Tuberkelbaciller, ej heller sikre Kämpeceller, men rigelig Rundcelleinfiltration og organiseret Bindeväv imellem de sparsomme Urinkanaler, der flere Steder ses sprängte fra hinanden ved Rundcelleophobninger. Epiteliet synes ikke särligt lidende. Nephritis subchronica interstitialis tuberculosa? Et Präparat, undersögt af Hr Prosektor Dahl i April 1897, altså omtr. 1½ År gammelt, viser talrige Spoleceller og Rundceller; mellem tubuli talrige hyaline Cylindre samt hyaline glomeruli med fortykkede Kapsler. Der er endarteritis; men D. kan ikke finde Tuberkler. Diagnosen er: Nephritis chronica med begyndende Atrofi.

Om Patientens senere Tilstand har jeg fået Meddelelser fra hans Läge d. 26 Januar 1897, omtr. 1 År efter Udskrivelsen.

På mine Spörgsmål ere Svarene:

Såret holder sig lägt for en Tid, men bryder da op igen, udtömmer lidt Blod, pus og Urin for da atter at falde til Ro; den längste Tid, det har väret lägt, er omtr. 1 Måned. Han har altid mere eller mindre stärke Smerter ved Urineringen, stärkest, når Såret har åbnet sig; de have da mest Säde i penis. Han kvitterer Urinen hyppigt så vel Dag som Nat, ofte endog hver halve Time, i det mindste hver Time. Urinen er altid tyk og plumret med stärkt Bundfald af pus; i Sommertiden var den dog en Tid lang temmelig klar; dens Lugt er oftest styg. Han kvitterer 2½ til 3 Liter i Dögnet. Trods denne mindre gode Tilstand er hans Almenbefindende ikke dårligt; han er ved godt Huld, har kunnet arbejde af og til som Klinker; i Sommer färdedes han ude, körte, endog lange Ture, spiser godt.

Peter Jensen.

Datum.	Urinmängde i Kcm.	Antal Gange.	Vägtfylde.	Urinstofmängde.	
September.					
13	1065	9	1010	—	
14	1300	13	1010	—	Urinen sur, indeholder Blod og albumen, ikke Sukker. Talrige röde og hvide Blodlegemer, enkelte runde Epitelceller; kornede Cylindre. Ingen Tuberkelbaciller eller andre Bakterier i Däkglaspräparat fra den sterilt tagne Urin, dog i Agargelatine. Sömväxt af talrige cocci, men i et andet Glas ingen Växt.
15	1385	11	1010	—	Rep. Borvandsudskylning. Rep. Opiumssuppositor. à 10 Cgm. vesp.
16	1140	10	1012	13,3 ‰ = 18,4 Gm	
17	1150	10	1012	18,1 ‰ = 18,5 »	Antipyrin 1 Gm 2 G. dagl.
18	1175	8	1011	18,1 ‰ = 20,8 »	D. 20/9: e lecto.
Forholdene vedbleve at väre omtrentlig de samme den fölgende Tid. Der fandtes stadig Cylindre, mest kornede, af og til hyaline. Tuberkelbaciller kunde ikke påvises.					
					D. 22/9: Seponat. Antipyrin. Rep. balsam. Copaivæ. Ungv. sinapinum. D. 2/10: Seponat. Copaiva og Opium. Inj. morphica. Codein vesp. 3 Cgm.
Oktober.					
7	1450	13	1011	*Operation.*	
8	770	8	1012	—	Albumen og Blod, ikke Sukker.
9	1260	15	1012	—	

Datum.	Urinmängde i Kcm.	Antal Gange.	Vägtfylde.	Urinstofmängde.	
Oktober.					
10	1425	13	1013	—	
11	1450	13	1011	—	
12	1520	16	1011	—	
13	1625	12	1015	—	Urinen ikke blodfarvet, men dog stärk Blodreaktion. Mindre voluminöst Pusbundfald. Rep. Saltsyremixtur.

Vi anföre for den fölgende Tid kun spredte Tal for at skaffe en Oversigt.

Datum.	Urinmängde i Kcm.	Antal Gange.	Vägtfylde.	Urinstofmängde.	
19	1160	12	1013	—	
23	1000	12	1011	—	Atter Opiumssuppositor. à 5 Cgm én Aften.
28	1000	12	1010	—	Seponat. Saltsyre. Rep. decoct. fol. uvæ ursi. Kloralmorfin vesp.
November.					
1	1150	7	1012	—	
3	1000	10	1011	15,3 ‰ = omtr. 15 Gm	

I den fölgende Tid varierede Urinmängden imellem omtr. 1000 og omtr. 1200, Antallet som forhen omtr. 10 til 12.

Datum.	Urinmängde i Kcm.	Antal Gange.	Vägtfylde.	Urinstofmängde.	
11	1015	13	1012	—	Et Par Aftener Opiumssuppositorier.
18	1170	12	1012	—	D. 13/11: Formol 40, Alkohol 100; deraf 1 : 500 til Udskylning af vesica efter Borvandsudskylning.
28	1200	10	1010	—	Jävnlig Opiumssuppositorier vesp. D. 25/11: Seponat. Formolinj. Cont. Borvandsinj.
December.					
4	1360	13	1007	—	I December jävnlig Opiumssuppositorier à 5 Cgm.
5	1785	13	1008	—	
6	1435	13	1007	—	
7	1330	11	1006	—	
8	1550	11	1011	—	
9	935	8	1010	—	
10	1050	13	1010	—	

Derefter ere Forholdene atter som för denne korte Periode af let forøget Diurese.

Datum.	Urinmängde i Kcm.	Antal Gange.	Vägtfylde.	Urinstofmängde.
Januar.				
1	1450	11	1012	—
3	1390	10	1010	—
5	1475	11	1012	—

Udskrives.

IV. *Diagnose för Operationen:* Af Läge udenfor Hospitalet: Hæmatocele i lig. latum eller appendicitis. På Hospitalet: Opiumsparese af colon ascendens med pus; retrocoekal Absces eller Pyonefrose.

Diagnose umiddelbart efter Operationen fremdeles usikker.

Diagnose efter mikroskopisk Undersögelse af det exciderede Väv og af pus: Enorm Pyronefrose med Mikrober, först at kende ved Mikroskopi af Säkkens Väg, der viser nephritis chronica interstitialis, muligt med små Abscesser i Väggen.

Botilde Marie B., 48 År, gift med Fiskehandler. Sjelborg ved Varde. Indl. 10/12 1895. Opereret 3/1 1896. Udskreven 4/4 1896.

Pat., der er af sund Slägt, har tidligere altid väret rask. Menses indfandt sig i 20 Års Alderen, have altid väret regelmässige, afbrudte af 5 normalt forlöbende partus, den sidste for 4 År siden. Hendes nuvärende Sygdom begyndte for 3 Måneder siden; hun var Aftenen i Forvejen gået rask til Sängs; om Morgenen fölte hun sig ilde, med Hovedpine, Kuldegysninger, Mathed, og blev liggende. Hun väntede netop i disse Dage sine menses. I de fölgende 3 til 4 Dage blev höjre Side af hendes abdomen Säde for stärk Svulst; hun ved ikke, hvor denne optrådte först; det synes at have väret nedadtil; hun angiver bestemt, at Underlivet tidligere har väret naturligt. Hun fölte ikke Smerter eller Ömhed ved det svulne Parti; men Trätheden og Hovedpinen tiltoge. En tilkaldt Läge ordinerede Ro i Sängeleje, epith. tepid. abdomini og hun fik vinum Thebaicum 6 Gange 10 Dråber daglig; denne Medikation fortsattes i 3 til 4 Uger; dosis af Opium forögedes; en Dag har hun således fået 120 Dråber vinum Thebaicum. Hun lå til Sängs i 10 Uger; i den förste Tid lå hun som i en Dös, men forstod dog Tiltale; hun nöd kun lidt Mälk; Urinen måtte flere Gange tages med Kateter; om dens Mängde var aftagen, véd hun ikke. Senere har Urineringen väret fuldständig naturlig; hun har aldrig set Blod eller pus i Urinen. Åbning måtte fremkaldes ved clysma. Der var Ödem af venstre crus; det svandt ved Brug af uldent Expulsivbind. Lidt efter lidt bedredes hendes Almentilstand, men Svulsten af Underlivet holdt sig omtrent uforandret; i de sidste 14 Dage har hun siddet oppe i en Stol hver Dag, også gået lidt omkring. Menses, som hun netop väntede i de Dage, hun blev syg, udebleve ved Sygdommens Begyndelse; de indfandt sig först 8 Uger senere og vare da spar-

sommere end ellers. De vare sidste Gang tilstede for 8 Dage siden og vare da rigeligere end sädvanlig, dog ikke påfaldende profuse.

Ved Indläggelsen d. 10/12 95 gör hun et kraftigt, sundt og naturligt Indtryk. Temp. 37.4. Puls 84, kraftig, regelmässig. Tungen fugtig, ren.

Höjre Side af abdomen ses stärkt udspilet af en Intumescens, der föles at sträkke sig opad under Kurvaturen, nedadtil ned i Bäkkenet, bagtil når den columna, fortil indad når den Midtlinien til omtr. 5 Cm. ovenfor lig. Fallopii; herfra går Gränsen med en tydeligt fölelig, afrundet Rand bueformet hen imod Midten af lig. Fallopii for at fortsätte sig ned i Bäkkenet, medens Gränsen indad imod Midtlinien i övrigt tydeligt kan föles som en indad konkav Rand.

Huden over Intumescensen er overalt normal, foldelig. Overfladen föles glat, Konsistensen er vel fast; men der föles dog sikker Fluktuation, nästen som Undulation så vel på Forfladen som ved Ballottementspröven; hele Svulsten kan forskydes, så at Halvdelen af dens Masse med Lethed kan bringes over i hendes venstre Side. Perkussionen er overalt mat, kan opad ikke afgränses fra Leverdämpningen. Man kan ikke påvise nogen tympanitisk Perkussionslyd foran Svulsten, der kunde tydes som en foran samme liggende colon ascendens. Höjre regio lumbalis ses noget fremhvälvet; man föler som nävnt ballottement. Venstre Side af abdomen frembyder intet abnormt.

Bägge mammæ ere små og slappe, der kan udtrykkes lidt Mälk. Ved Rektovaginalexploration föles höjre Vaginalväg noget fremhvälvet af den omtalte Intumescens; corpus uteri er noget forstörret, let at isolere, retroflekteret, med fundus liggende helt tilbage i Bäkkenets Hulhed; den lader sig temmelig let rette; man kan ikke föle nogen Stilk imellem uterus og Svulsten; ti de kunne beväges uafhängigt af hinanden. Til höjre föles et lille mobilt, ovarielignende Legeme. *Urinen* er sur, indeholder hverken albumen, Blod eller Sukker.

11/12. $\frac{37.4}{37.8}$.

12/12. $\frac{37.5}{38.7}$. Uterus har holdt sig efter Repositionen. Hun har haft Hovedpine; 1 Gang Opkastning. Der er rigelig Mälk i bägge mammæ.

13/12. $\frac{39.8}{39}$. 4 Gange rigelig, naturlig Åbning, sidste Gang tynd. Fremdeles ingen Ömhed eller Smerter af abdomen; tumor er kendeligt större, når nu med sin mod venstre konvexe Rand 3—4 Cm. over Midtlinien. Kvitteret 315 Kbctm Urin i 2 Gange, men en' Del afgået ved Defäkationen; Vf. 1022.

14/12. $\frac{39}{39.1}$. Urin 465 i 2 Gange; Vf. 1021. Lidt Kvalme; ingen Opkastning; ingen Åbning; döser en Del. Man undersöger på Tilstedevärelse af Anevrisme uden positivt Resultat; der er hverken Expansion, Pulsation eller soufle. Tumor rager midt imellem umbilicus og Symfysen til venstre for Midtlinien og synes her at präsentere sig som en tynd Säk; ovenfor og indenfor spina ilii synes man at föle

en fastere Plade. I övrigt Forholdene som forhen. Ved Exploration kan Fingeren med Lethed nå promontorium; man kan ingensteds föle Tegn på Svulster udgående fra Bäkkenbenene (Sarkomer). Uterus stadig mobil. Vesica föles rummelig; Kateteret devierer ikke; den sterilt tagne Urin er skarpt sur, indeholder også Urater og en Del hvide Blodlegemer, ellers intet abnormt.

Der göres Prövepunktur ved Aspiration med DIEULAFOYS Apparat med ret tyk Trokar, midt imellem umbilicus og spina ilii ant. sup.; der udtömmes en fäkulent lugtende Vädske, der ligner Ärtepuré. Säkken bliver derefter slap, giver en klarere Tone; Tarmtonen rykker frem. Man mente at have udelukket Anevrisme og Hämatocele; Diagnosen er nu, efter Udtömmelsen af Vädsken, fremdeles usikker; man hälder närmest til den Tanke, at det drejer sig om en Udvidning af colon ascendens med Stagnation, fremkaldt ved de store Doser Opium, måske stående i Forhold til en begyndende ulcerativ Proces (ulcus eller Neoplasme) i Tarmen. Forbindes med steril Gaze-Karbolvands-Vat-Forbinding.

Den udtömte Vädske, der er vanskelig at filtrere ved HELLERS Pröve og derfor ikke kan undersöges på albumen, giver tydelig Blodreaktion, men ikke Sukkerreaktion; der er 1300 Kbctm af Vf. 1014. Der er ikke Galdefarvestofreaktion. Mikroskopisk ses talrige store, kornede Pusceller, talrige Fedtnåle, enkelte strukturlöse Klumper uden Tvärstribning (halvt fordöjede Muskeltråde?), enkelte Endotel- eller Bläreepitelceller(?). Af Mikrober findes enkelte Baciller, liggende 2 og 2 i Räkke. I Präparatet kunde man ikke påvise Stivelse (ved Jod).

15/12. $\frac{38.9}{37.2}$. Kvittret 225 Kbctm Urin. Vf. 1019. Havde i Går stärke Smerter, der strålede op imod cardia, hvad de ikke forhen have gjort, senere ikke; har sovet uden hypnoticum. 4 Gange sparsom, tynd Åbning, til Dels afgået i Sängen; denne Åbning frembyder intet abnormt, ligner ikke det ved Aspirationen udtömte. Der er ingen Tegn på peritonitis.

16/12. $\frac{39.2}{37.8}$. Urin 375 i 4 Gange. Vf. 1020. Har haft 6 Gange tynd Åbning; den samlede Mängde kun ringe, indeholder nogle, ikke särligt hårde Klumper. Fremdeles ikke Tegn på peritonitis.

17/12. $\frac{39.3}{38.2}$. Ingen Åbning. Lidt blodigt Udflod på Stiklagenet.

Fra den 20de til den 26te var Temperaturen normal; efter Brug af pulv. glycyrrhizæ comp. og mixt. amaro-alkalina blev Åbningen naturlig. Diuresen noget rigeligere.

26/12. $\frac{39.2}{37.8}$. D. 600 + +; 2 G. Vf. 1010.

27/12. $\frac{38.6}{37}$. D. 600 +; 2 G. Vf. 1013. Man föler under Forbindingen, at Intumescensen er voxet.

28/12. $\frac{38}{37.1}$. D. 540 +; 3 G. Vf. 1013. Punktursåret er lägt Svulsten er så stor som för Punkturen, vel afgränset, rundagtig, også nedad, spändt elastisk, med ballottement.

29/12. $\frac{37.8}{37.1}$. D. 800+; 3 G. Vf. 1010.

30/12. $\frac{37.5}{36.6}$. D. 930+; 3 G. Har hver Dag naturlig Åbning. Ved Ballottementspröven imponerer Svulsten som en stor, fyldt Renalabsces. Urineringen synes normal. *Urinen*, tagen med Kateter i sterilt Glas, viser albumen og Blod, ikke Sukker; den indeholder talrige, korte og lange Baciller, af hvilke enkelte ligge i Käder, talrige store kornede Pusceller, enkelte Pladeepitelceller, ingen Cylindre; Kultur i Agar-Gelatine viste (5/1 96) grålig Sömväxt af samme Slags Baciller samt enkelte coccobacilli.

31/12. $\frac{37.7}{37.4}$.

1/1 1896. $\frac{37.7}{37.7}$. Når hun ligger i venstre Sideleje, falder Svulsten fortil nedad til venstre bort fra Lumbalregionen, men kan med en Hånd atter löftes op imod denne; de mellemliggende Muskellag föles tydeligt.

3/1. $\frac{37.6}{36.5}$. I Går naturlig Åbning. Kateterurinen er til sidst plumret; den er sur, reagerer på albumen og Blod, ikke på Sukker; gelatinerer med Kali; indeholder ikke Cylindre, men talrige kornede hvide Blodlegemer og talrige Baciller. Almentilstanden i det hele god. Man har fremdeles ingen sikker Diagnose; vakler imellem retrocoekal Absces, Parese af colon med Pusansamling (hvad man dog ikke tror på som existerende) og Pyonefrose. Da man ikke vänter Gavn af Punktur med Aspiration, har man bestemt sig for explorativ Operation. Der göres Lumbalsnit som ved almindelig Operation for Nyreexcision (MORRIS); det retrorenale Fedtväv tränger sig stärkt frem. Svulsten, der af en Assistents Hånd trykkes op imod Såret, punkteres, og der aspireres med DIEULAFOYS Apparat; da der kommer Vädske, dilateres med en Finger, der let tränger ind i en stor, glatvägget Hulhed; herved udtömmes en stor Mängde pus. Af Väggen, der er ret tyk og flerlaget, exciderer man et Stykke til mikroskopisk Undersögelse; det tages i sterilt Glas. En Finger i Hulheden og en anden på Bugväggen föle tydeligt de mellemliggende Bugvägslag. Hulen synes aflukket opad; der er ikke Tegn på fæces i Indholdet. Ved Manipulationerne pumpes let Luft ind og ud. Der indlägges Drän. Såret i Blöddelene vaskes med steril Gaze, vädet i 3 % Karbolvand, der sutureres med 5 Karbolalkoholkatgut n:r 2, så at kun Dränstedet er frit. Der forbindes med Jodoformgaze, tör steril Gaze og hydrofobt Vat. Sidste Sutur anlägges 8 Minutter efter Operationens Begyndelse

Den udtömte Vädske, i alt 1350 Kbctm., er i tykt Lag grönlig, ikke lugtende pus; den reagerer sur, kan ikke filtreres til Brug ved HELLERS Pröve; den stivner ikke ved Kogning; giver stärk Blodreaktion. Indeholder tvivlsomme cocci, ingen Tuberkelbaciller. Podningsresultatet er des värre ikke opfört i Laboratorieprotokollen.

4/1. D. 415. 4 G. Vf. 1020. Ingen Smerte; 2 Gange Opkastning; en Del Kvalme. Sovet uden narcoticum. Forbindingen stärkt gennemsivet.

5/1. $\frac{38.8}{37.7}$. Sparsom naturlig Åbning i Går. Fik vin. Thebaicum gtt 25. Ingen Lugt ved Sekretet i Forbindingen. Kateterurin er ganske klar, kun det sidste indeholder en Del fine Fnug; den er sur; indeholder *ikke* albumen, Blod eller Sukker; gelatinerer ikke med Kali; mikroskopisk: kornede Urater, ingen Cylindre eller andre abnorme morfologiske Elementer. Ved Kultur findes grålig Växt af Baciller.

Det exciderede Stykke viser mikroskopisk, at der spredt i det rigelige organiserede Bindevävsstroma findes en Del med kubisk Epitel beklädte lumina af Störrelse som mellemstore Samlerör; glomruli så man ikke.

Denne Undersögelses Resultat, sammenholdt med Urinens Forhold, stötter Diagnosen: pyonephrosis.

6/1. $\frac{38.2}{37.5}$. Ingen Smerter. God Sövn.

7/1. $\frac{38.1}{37.5}$. Forbindingen skiftes 4de Dag. Hvad der kunde hele per primam, ses at väre helet. Katgutsuturerne kunne afstryges; der er intet at udtrykke. Dränrörene forkortes. Forb. med steril Gaze-Karbolvands-Vat-Forbinding. Der er ingen Ömhed af abdomen. Perkussionen af det tidligere matlydende Parti giver nu klar Tone. *Urinen* 615 i 3 G. Vf. 1020, klar med Bundfald af Urater, sur, indeholder hverken albumen, Blod eller Sukker.

8/1. $\frac{39}{37.7}$. Befandt sig i Går ilde, men har sovet godt. En Del serös-lignende Gennemsivning.

9/1. $\frac{38.5}{37}$. Senere Velbefindende. En Del nästen vandigt Udflod på Stiklagenet.

Derefter fremdeles godt Befindende, normal Åbning. Ingen Feber.

15/1. Forb. skiftes 8de Dag. Ingen Retention; Dränet beholdes. Perkussionslyden på Forfladen overalt klar. Samme Forbinding.

Kateterurin sur, indeholder hverken albumen, Blod eller Sukker; ved HELLERS Pröve en stärkt farvet Ring. Trods Centrifugering findes så få hvide Blodlegemer, at man må lede efter dem; der er talrige Baciller. Derefter fremdeles feberfri og Velbefindende.

23/1. $\frac{37.1}{36.7}$. 680. Vf. 1017. Den gennemsivede Forbinding skiftes 8de Dag: ret styg Lugt ved dybeste Del; der er også en Del pus i Gazen; intet at udtrykke. Dränet forkortes til 6 Cm. Samme Forbinding. *Urinen*, fint plumret i Reagensglasset, viser en Del hvide Blodlegemer, få Pladeepitelceller, talrige Baciller.

Derefter fremdeles feberfri.

31/1. Den gennemsivede Forbinding skiftes 8de Dag. Der er mindre pus i Forbindingen. En indfört Finger föler, at den store Hulhed har trukket sig sammen; en lang Pincet möder ingen calculus. Dränet forkortes til 4 Cm. Jodoformgaze-Vat-Forbinding.

Fremdeles Velbefindende og ingen Feber.

$^{8}/_{2}$. $\frac{37}{37}$. Forb. skiftes. En Del tynd sero-purulent Vädske i dybeste Del. Ingen Retention. En Finger föler fremdeles en stor Hulhed. Samme Forbinding.

$^{17}/_{2}$. $\frac{36.8}{36.6}$. Stärkt gennemsivet Forbinding; i denne en Del tyndt Sekret, men intet, der ligner pus; ingen Retention; det tykke Drän er udstödt og lader sig ikke indföre; der indlägges et tyndere, og der udflyder da en Del tynd, let blodig Vädske. Samme Forbinding.

$^{22}/_{2}$. $\frac{37.5}{37.2}$. Forb. skiftes. Endnu nogen Retention af pus. Der indlägges et längere Drän. Samme Forbinding.

Derefter fremdeles feberfri. Den $^{8}/_{3}$ forkortes Dränet til 3 Cm. Den $^{11}/_{3}$ er der ret rigeligt pus. Hun kommer op.

$^{19}/_{3}$: Der er en Del ildelugtende pus i Forbindingens dybeste Del; ingen Retention. Dränet, der er udskudt, kan ikke indföres på ny og fjärnes. Det må dog atter indföres d. $^{26}/_{3}$, da der fremdeles er en Del pus i Forbindingen. Hun befinder sig i al denne Tid vel og er feberfri.

$^{3}/_{4}$. Den noget gennemsivede Forbinding skiftes 7de Dag; den indeholder ikke meget Sekret; der er intet at udtrykke fra Fistlen. Lidt nedenfor Kurvaturen föles en Intumescens, der ligner en noget formindsket og descenderet höjre Nyre. Der er ingen Ömhed. Dränet, som er omtr. 9 Cm. langt, beholdes. Jodoformgaze-Vat-Forbinding. Hendes Almentilstand er god; hun önsker at udskrives for at fortsätte Behandlingen i Hjemmet.

Om *Urinens Forhold* henvise vi til Tabellen.

Det *ved Resektion fjärnede Stykke af Intumescensens Säk* er beskrevet ovenfor, Side 52. Et Snit, undersögt af Hr Prosektor Dahl i April 1897, altså over 1 År gammelt, viste rigeligt interstitielt Bindeväv; på flere begränsede Steder er Vävet stärkt infiltreret med Rundceller, navnlig omkring Karrene; små Abscesser?

Om *Patientens senere Tilstand* kan i Fölge Brev af $^{25}/_{11}$ 96 fra hendes tidligere Läge omtr. godt 7 Måneder efter Udskrivelsen oplyses följende:

Hun synes ikke at have sögt Lägers Hjälp i den forlöbne Tid. Hun meddeler, at der kom Vädske ud af Fistlen de förste 3 til 4 Måneder; men i de sidste 3 til 4 Måneder har Såret holdt sig lägt. Hun befinder sig meget vel. Ved Lägens Undersögelse ses Cikatricen fast og »pålidelig». Abdomen er naturligt, uden Ömhed; der kan ikke föles nogen »Svulst». På den tidligere Svulsts Sted föles ved dybt Tryk noget mere Resistance end på venstre Side, men ingen Ujävnheder; slet ikke öm. Ved vaginal Exploration föles intet abnormt. »Urinen naturlig».

Som Svar på de af mig stillede Spörgsmål meddeler *Patienten selv* d. 4 Marts 1897, omtr. 1 År og 2 Måneder efter Operationen:

»Holder Såret sig lägt?» Ja. »Har De Smerter ved Vandladningen?» Nej. »Hvor mange Gange lader De Vandet om Dagen?» 4 Gange. »Om Natten?» 2 Gange. »Hvorledes ser Urinen ud?» Klar. »Lugter Urinen ilde?» Nej. »Hvor meget Urin lader De i et Dögn?» 10 Pägle (= 2500 Kcm.).

Bothilde Marie B.

Datum.	Urinmängde i Kcm.	Antal Gange.	Vägt-fylde.	Urinstofmängde.[1]	Urinens Forhold.
December 1895.					
13	315+ + + +	2	1022	—	Urinen sur, indeholder hverken albumen, Blod eller Sukker.
14	465	2	1021	—	Urinen skarpt sur, plumret af Urater. Mikroskopisk Uratcylindre og hvide Blodlegemer.
			Punctura abdominis c. aspiratione.		
15	225	2	1019	—	
16	375+	4	1020	—	
17	475	5	1020	—	
18	250+ +	2	1014	—	
19	375+	4	1018	—	
20	700	5	1018	—	
21	875	5	1018	—	
22	625+ +	2	1012	—	
23	485+	2	1016	—	
24	525+ +	2	1011	—	
25	355+ +	2	1013	—	
26	600+ +	2	1010	—	
27	600+	2	1013	—	
28	540+	3	1013	—	
29	800+	3	1010	—	
30	930+	3	1010	—	Indeholder albumen og Blod, ikke Sukker. Talrige korte og lange Baciller, enkelte liggende i Käder. Talrige Pusceller, enkelte Pladeepitelceller; ingen Cylindre. Kultur d. $^5/_1$ 1896: grålig Sömvärt af korte og lange Baciller, enkelte coccobacilli.

[1]) + betyder, at der er afgået Urin sammen med Defäkation; den er ikke opsamlet for sig.

Datum.	Urinmängde i Kcm.	Antal Gange.	Vägt-fylde.	Urinstofmängde.	Urinens Forhold.
Januar 1896.					
2	360 + +	2	1010	—	
3	—	—	—	*Operation.*	*Operation.* Urinen d. 3/1 1896: sur; albumen og Blod, ikke Sukker; gelatinerer med Kali. Kornede Urater; ikke Cylindre eller Blodlegemer.
4	415	3	1020	—	
7	615	3	1020	—	Urinen sur, indeholder Urater, men hverken albumen, Blod eller Sukker.
12	640 +	2	1010	—	
13	425 +	2	1011	—	
14	645 +	3	1011	—	
15	750	3	1014	—	
16	1350	5	1008	—	Urinen sur; ingen albumen, Blod eller Sukker, men ved Hellers Pröve en stärkt farvet Ring. Trods Centrifugering må man lede efter de få hvide Blodlegemer. Talrige Baciller. Kultur: grålig Växt af Baciller.
17	900	3	1015	—	
18	550 +	2	1016	—	
19	770	3	1020	27 ‰ = 21 Gm	
20	860 + +	2	1013	—	
21	625 + +	2	1018	—	
25	360 +	1	1020	—	
26	165 + +	1	1024	—	
27	560	2	1017	10,6 Gm	
28	45 + + +	1	1018	—	
29	1000	3	1020	—	
30	1330	4	1016	—	
31	1010	3	1022	Omtr. 27 Gm	
Februar.					
1	1000	3	1020	—	
2	870 +	3	1018	—	
3	535 +	2	1020	—	
5	815 + +	2	1018	—	
6	1360	4	1014	—	

Datum.	Urinmängde i Kcm.	Antal Gange.	Vägtfylde.	Urinstofmängde.	Urinens Forhold.
Februar 1896.					
7	1420	4	1014	—	
8	740+	8	1018	—	
10	1145	4	1092	—	
11	550+	2	1023	—	
12	660	3	1018	—	
13	1300+	3	1013	—	
14	865+ + +	3	1017	—	
15	460+	3	1015	—	
16	840	3	1020	—	
20	1510	4	1016	23,9 Gm	
23	565	3	1022	—	
24	575	2	1022	—	

I den følgende Tid varierede Tallene på samme Måde, dog uden at der kvitteredes större Mängder; men man må erindre, at Pat. ikke kan läres til at kvittere Urin for sig, når hun har Defäkation.

Datum.	Urinmängde i Kcm.	Antal Gange.	Vägtfylde.	Urinstofmängde.	Urinens Forhold.
Marts.					
15	1080	4	1018	—	
16	955	4	1019	—	
17	1280	4	1012	—	
18	1290+	3	1015	—	
19	800	3	1015	—	
20	550	3	1015	—	
21	610	3	1016	—	
22	1155	4	1011	—	
23	1270	4	1013	—	
24	855+	3	1017	—	
25	1300	4	1016	—	
26	755+	3	1013	17 Gm	
27	225	2	1024	—	
28	990+	3	1016	—	
29	1335+	3	1012	—	
30	860	3	1015	—	
31	475+	3	1020	—	

Datum.	Urinmängde i Kcm.	Antal Gange.	Vägtfylde.	Urinstofmängde.	Urinens Forhold.
April 1896.					
1	1050	3	1017	—	
2	910+	3	1016	—	
3	1180	4	1012	—	

Udskrives d. 4/4 1896.

V. *Diagnose för Operationen:* Pyonephrosis af gammel Dato. Man tror at föle Nyresvulst; men det senere Forlöb viser, at en Miltkyste har imponeret som »Nyresvulst».

Diagnose umiddelbart efter Operationen: Nephritis chronica.

Diagnose efter Mikroskopi af det exciderede Stykke Nyreväv: Normal Nyre.

Mathilde H., 31 År, gift med Restavratör, Fredensborg.

Indl. 15/6 93. Operation 23/6. Udskreves bedret 8/8 93.

Ingen Tilfälde af tumores eller Tuberkulose i Pat:s Familie. Pat. har väret rask som Barn, ikke väret skrofulös. Hun har födt 5 Gange; de 4 Börn leve og ere raske, det 5te döde 3 Uger gammelt. Sidste partus for omtr. ½ År siden. Under sidste Graviditet havde hun en Del Smerter i v. Side af Underlivet; Smerterne holdt sig efter partus (ved hvilken placenta måtte lösnes), men sad mere om mod Lumbalregionen. Smerterne have väret tilstede daglig, men kun af og til i Löbet af Dagen, have ikke väret särlig voldsomme, aldrig ledsagede af Opkastning eller Ildebefindende. I de sidste 8 Dage har hun nästen ingen Smerter haft. Smerterne stråle ikke ned mod Symfysen eller femora, have ikke Karakter af Koliksmerter. Efter partus märkede hun selv en tumor i v. Side af Underlivet; hvor vidt den er voxet siden, kan hun ikke oplyse. Vandladning har väret naturlig, ikke hyppig; hun behöver ikke at lade Vandet om Natten. Vandladningen smertefri, Urinen har ikke indeholdt Blod eller Grus. Urinmängden har ikke väret vexlende og Vandladningen ikke särlig hyppig. Åbningen har väret i Orden. Menses kom 3 Måneder efter partus, havde väret noget stärke de 2 sidste Gange; lidt Smerte för Blödningens Indträden. Ingen Symptomer fra Brystorganerne; ingen Ventrikelsymptomer. Hun er i det sidste halve År bleven noget mager, mat og trät, men har dog gået oppe og passet sit Arbejde hele Tiden. Hun er noget bleg og mager. Stetoskopi giver intet abnormt. Underlivet slapt, med talrige vitiligines; det er fremhvälvet i v. Side af en tumor, som fra Kurvaturens yderste Del sträkker sig nedad til en Håndsbred fra Symfysen og 3 Fingersbred fra spina ilii ant. sup.; indad når den Midtlinien, udad går den noget om mod Lumbalregionen. Tumor er omtr. 20 Cm. ovenfra nedad, omtr. 17 fra Side til Side, er jävn på Over-

fladen, elastisk, synes fluktuerende, er nogenlunde bevägelig så vel opad, nedad som fra Side til Side, er ikke öm, beväges ikke ved Respirationen. Perkussionstonen over den overalt dämpet. Spidsen af h. ren synes fölelig; i övrigt intet abnormt ved Abdominalundersögelsen. Tarmansæ tegne sig tydeligt gennem Bugväggen. Ved exploratio vaginalis (expl. rectalis ikke foretagen på Grund af Fäkalophobning) kan der ikke föles nogen Sammenhäng mellem uterus og tumor. Talrige varices og Ödem af crura.

16/6. Temperatur $\frac{37}{36,9}$. Fik i Aftes epithema tep. abdomini og clysma glycerini m. s. V.

Kvitteret Urinen 2 Gange, 550 Kcm., Vägtf. 1020. Den mod umbilicus vendende Kant af tumor er afrundet, buttet; der föles ingen Indkärvninger på den.

Urinen sur, uden albumen, sangvis eller Sukker.

Aldrig kateteriseret för for 8 Dage siden her på Hospitalet, da hun var til Undersögelse. *Urin* viste, efter Centrifugering, röde og hvide Blodlegemer, Epitelceller, ingen Krystaller; på Bakterier undersögtes ikke, men der var lidt Blod fra urethra, hvor der var en lille Polyp. Der er ingen Konturforskel at se i de 2 regiones lumbales, ved Avskultation fås kun Aortapulsation. Med Kateter tages i sterile Glas Urin, der indeholder en Del frie Fnug. 130 Kcm. udtömmes. Der er dog tympanitisk Perkussion over nederste Ende af tumor.

17/6. Tp. $\frac{37,4}{37}$. D. 750 Kcm. Vägtf. 1022. Ingen Afföring efter clysma glycerini, men efter ol. ric.

3 Gange Åbning. Man kan stikke en Hånd ind mellem musculi recti, og ved Hoste er der Fremdrivning af viscera. *Centrifugeret Urin* viser enkelte röde Blodlegemer, mange Epitelceller, ingen Cylindre, mellemstore cocci, til Dels ordnede i Käder.

Om Urinens videre Forhold henvises til Tabellen.

19/6. Lidt Smerter i v. Side. *Urinen* indeholder en enkelt, noget kornet Epitelcelle, ingen röde eller hvide Blodlegemer, ingen Cylindre. Urin er tagen med Kateter, derefter Udskylning af vesica med Borvand.

Efter almindelig omhyggelig Rensning, trykkes tumor af Assistent bagtil og *punkteres* med ret stor Trokar, lufttomt Rum. Da Hanen åbnes, udflyder hurtigt en grönlig, uklar Vädske, som senere overföres i sterilt Glas. Forbindes med Jodoformgaze, Jodoformcollodium, steril Vatforb. Diagnosen *Pyonephrose* er derved bleven yderligere sikker.

20/6. Strax efter Punkturen i Går fik hun Smerter i v. Side af abdomen, mest fra v. Nyreregion hen mod cardia, men også i den övrige Del af abdomen, så at hun måtte kaste op. Der har ingen Opkastning väret siden; men der har holdt sig Smerte fra v. Nyreregion henimod cardia, dog mindre stärk. Har sovet godt på pilula codeinæ 0,03.

Punkturvädsken reagerer alkalisk, indeholder betydelige Mängder albumen, så den nästen stivner ved Tilsätning af Salpetersyre. Mikroskopisk indeholder den talrige röde Blodlegemer, en Del meget stärkt fedtdegenererede Pusceller; en Del af dem ere revnede, så Fedtdråberne

ere blevne frie; ligeledes findes en Del Epitelceller, mest rundagtige, 2 til 3 Gange så store som Puscellerne og i samme Tilstand af Fedtdegeneration. Cholestearinkrystaller findes i rigelig Mängde. Vädsken indeholder ikke Urinsyre eller Urinstof (ved kemisk Undersögelse). Der gjordes Podning i Agar-Gelatine; ingen Växt i Dag.

21/6. Ingen Opkastning. Endnu lidt Smerter, der gå tvärs igen nem abdomen på tumors Sted. Disse Smerter har hun kendt siden September efter Födselen og i ringe Grad et Par Måneder för Födselen for omtr. ½ År siden.

22/6. Har stadig Smerter i v. Nyreregion, som have forstyrret Sövnen i Nat. Den henstillede Urin samler kun et lille löst Bundfald. Lokal Ömhed stärkere udtalt end för Punkturen. Öm i forreste Axillärlinie, ikke på Punkturstedet. Perkussionstonen er nu tympanitisk over hele Forfladen, hvor tumor för föltes. Ved Ballottementspröven föler man den endnu, men mere blöd og eftergivelig. Knudrede Masser föles ikke. Åbningen har ikke väret knoldet, men fuldständig naturlig. Rp. ol. ricini, Gm 10, clysma glycerini til Aften og Morgen.

23/6. Mindre Smerte i sidste Dögn. *Operation.*

Man formoder Blanding af Urin og pus i en på Nyrevävets Bekostning udviklet Säk. Pus gammelt, eventuelt med calculus, obturerende delvis ureters Munding. Man vil göre Nefrotomi, og selv om Nefrektomi er indiceret, vil man först sekundärt udföre denne.

Under Kloroformæternarkose placeres Pat. i höjre Sideleje med Sandpose. En Assistent trykker med flad Hånd tumor fra den abdominale Side hen imod regio lumbalis. Der lägges Snit parallelt med 12te costa, en Fingersbred nedenfor samme, på Gränsen af klar Perkussion hen til ydre Rand af extensor dorsi communis. Efter Gennemskäring af Hud og Fascie kommer man ind på Musklerne, der ligge så tät sammen, at der ikke er Tale om noget trigonum Petiti, hvorfor man inciderer. Der er rigelig venös Blödning, da det retrorenale Fedt kommer frem. Der er også Blodextravasal i dette, sandsynligvis fra Punkturen. En Tarm kommer frem. Da man ikke kan orientere sig, lägger man hjälpende Snit, lodret på förste. Rummet mellem crista og 12te costa er meget lille; det lykkes dog at få Nyren fat. Den gör ikke Indtryk af at väre särlig medtagen, noget lang og bugtet. Der punkteres i den konvexe Del, aspireres med lufttomt Rum. Man inciderer nu under ret rigelig Hämorragi, da man ved 2 Punkturer, en af disse med Aspiration, ikke kan få andet end Blod, hvori blandet en Del tynde, små Tjavser, og Nefrotomi foretages i hele Nyrens Längde og så dybt, at Fingeren kunde komme ind til calyces uden at föle nogen calculus. Da Hämorragien er ret livlig, sättes 2 Péans på. Snitfladen af Nyren viser forvisket Tegning og gullig corticalis; man träffer ingen större Ansamling, og i Relation til, hvad man har bemärket om mindre, fölelige tumores og Forandring af Perkussion efter Punktur, må man mene ved den explorative Punktur at have udtömt den störste Mängde af Vädsken. Man lägger Jodoformgaze i Nyren for at standse den ret rigelige venöse Blödning. For at sikre sig Diagnosen beslutter man sig til atter at tage Nyren frem og excidere et lille Stykke. Der tamponeres nu med Jodoformgaze, for-

uden i Nyresåret, et större Stykke i selve Operationssåret, og lägges 2 dybe Suturer i bageste transverselle Del af samme, 4 Hudsuturer, hvoraf 3 i den vertikale Del. Sidste Sutur anlagt 29 Minutter efter Operationens Begyndelse. Enkelte Bugter af Nyren vare stärkt blåligrödt dekolorerede, det övrige Nyreväv ret naturligt farvet. Det bemärkes, at alle Palpationer og Indgreb på selve Nyren vare särlig lette at udföre, da den lå helt fremme. Et kileformet Parti af Nyren, 3 Cm. langt, 1½ Cm. höjt, opfanges i sterilt Glas. Forb. med steril Gaze-karbolvandsvatforbinding.

Den ved Punktur udtömte blodige Vädske indeholder Tjavser, som vise sig mikroskopisk at indeholde talrige Pusceller, til Dels fedtdegenererede, talrige frie Fedtdråber; en enkelt stärkt fedtdegenereret Epitelcelle; ingen Cholestearinkrystaller. I den centrifugerede Vädske findes ved GRAMS Farvemetode ganske få cocci; men Vädsken er ikke opbevaret sterilt; ingen Tuberkelbaciller.

Det exciderede Stykke Nyreväv farves dels med Alunkarmin, dels efter GRAM; Vävet synes normalt; der synes ikke at väre Svulst af Epitelet og ingen Rundcelleinfiltration; ingen Cylindre i Kanalerne. (Snittene ere skårne med Frysemikrotom, et Stykke af Vävet lagt i Alkohol, et Stykke podet i Agar.) Der fandtes ingen Bakterier i Vävet. Ingen Kultur i Agar 5 Dage senere.

$^{24}/_{6}$ Tp. $\frac{38,2}{38,2}$. En Opkastning lige efter Operationen, en Gang i Aftes og en lille Opkastning i Morges. Klagede over stärke Smerter hele Dagen i Går fra cardia ud i v. Nyreregion. Fik i Aftes Kl. 6 inject. morph. 0,01, hvorefter Ro et Par Timer, klagede derpå atter over Smerter, fik Kl. 11¼ codeinæ Cg. 3 uden Virkning, derefter Kl. 4¾ til Morgen codeinæ Cg. 2 uden Virkning. Har kvitteret 310 Gm Urin i 4 Gange, Vägtfylde 1026. Ingen Hikke, ingen flatus. Har nydt knap 3 Pgl. Mälk, Ispiller, Vin + Vand. Törster meget. Stadig Smerter i abdomen. Stärkt kongestioneret til Ansigtet. Sveder meget. Puls 102, kraftig, regelmässig. Respiration 50, stönnende. Underlivet noget udspilet, ömt. Forbindingen stärkt blodig gennemsivet. *Urinen* stärkt blodig 1ste Gang efter Operationen, senere mindre og mindre blodholdig. Stärk Meteorisme. Der indlägges Rektalrör lige ovenfor sphincter. Den sidst ladte *Urin* indeholder, centrifugeret, röde og hvide Blodlegemer, en Del Cylindre, dels hyaline, dels kornede, dels Blodcylindre; talrige Epitelceller, mest fra de ledende Veje.

$^{25}/_{6}$ $\frac{38,8}{38,3}$. Smerter fra cardia ud i v. Nyreregion. Fik i Aftes ol. ricini Gm 10, injekt. morph. Cg. 1, hvorefter god Sövn. 3 Opkastninger i Går, 1 i Nat. Afgået 5 flatus. Ingen Åbning. Har nydt 3 Pgl. (= 750 Kcm.) Mälk, lidt Välling, Havresuppe og Ispiller. Har svedt en Del; törster meget. Tungen fugtig, hvidlig belagt. Puls 116, kraftig, regelmässig. Respiration 30. Underlivet stärkt udspilet, ikke särlig ömt. Forbindingen skiftes; endnu en Del fugtigt Blod i midterste Del af Gazen. Såret reaktionslöst. Jodoformgazeméchen fjärnes med Forsigtighed. Der står derefter en Del frisk Blod af blåligt Udseende. Der indlägges et tykt Drän. Den vertikale og transverselle åbentstå-

ende Del af Såret formindskes med 2 Suturer af Karbol-Alkoholkatgut N:r 2, 1 i hver Del. Steril Gazekarbolvandsvatforbinding.

$^{26}/_{6}$ $\frac{39,8}{38,8}$. Puls 104, kraftig, regelmässig. Respirationen 30, regelmässig. Som sädvanlig Smerter i abdomen ud i v. Nyreregion. Svedte en Del, törstede meget og kastede 3 Gange op. Fik Kl. 9 inject. morph. Cg. 1. Smerterne svandt, men hun sov ikke på Grund af stadig Kvalme og 14 små Opkastninger i Nat indtil Kl. 5, derefter fik hun nogen Ro, blundede lidt og klager til Morgen kun over nogen styg Smag i Munden. Er endnu lidt spändt over abdomen, ingen Ömhed. Forbindingen lidt blodig gennemsivet bag på. Har nydt 2 Äg, 1½ Pgl. (= 375 Kcm.) Mälk, lidt Välling, Sodavand, Portvin, Ispiller. 5 Gange Afgang af flatus, 3 Gange Hikke. *Urin* lidt mere blodig end forrige Dögn, men ikke röd. ½ D. pl. (bedste Pleje).

$^{27}/_{6}$ $\frac{38,1}{37,8}$. Der afgik et Par flatus; befandt sig vel. Hen på Eftermiddagen klagede hun over Udspänding af Underlivet og Smerter i Såret. Fik i Aften clysma glycerini, uden Virkning, og codeinæ Cg. 3, hvorefter god Sövn til Kl. 1 og herefter afbrudt Sövn. Mange flatus, stadig Trang til Afföring. Har nydt: ½ Liter Mälk, 1 Tallerken Suppe, Te, et Par Stykker Franskbröd, 1 Äg, Sodavand, Hindbärsaft + Vand. Seponat Sodavand. Ingen videre Smerter til Morgen, ingen Ömhed af Underlivet, der er lidt mindre udspilet end tidligere; rigelig Gennemsivning af Urin og mörkt Blod, men i sparsom Mängde. *Urinen* makroskopisk ikke blodfarvet. Ved Henstand i Spidsglas et höjt, tykt, hvidgult Bundfald. Ved mikroskopisk Undersögelse indeholder den talrige hvide Blodlegemer, sparsomme röde, talrige Epitelceller af forskellig Form og Störrelse, dels sammenhängende i store Flager, en enkelt Cylinder.

$^{28}/_{6}$ $\frac{38,6}{37,7}$. Puls kraftig, regelmässig. Respiration 24. Befandt sig ret vel, kun lidt Smerter i Såret. Ubetydelig Åbning i Aftes, tynd. I Morges clysma glycerini uden Virkning. Dårlig Smag i Munden. Underlivet faldet godt, ikke ömt. Sov godt på codeinæ Cg. 3. Har nydt: Risengröd, 2 Äg, 1 Liter Mälk, Te, Franskbröd, Portvin 1 Glas. Rep. ol. ricini.

$^{29}/_{6}$. Naturlig Afföring i Nat efter Olien. Befandt sig ret vel. Der er lidt Svie i Såret, men ellers ingen Smerter. Ingen Ömhed og ingen Udspiling af abdomen. Appetiten nogenlunde. Forbindingen skiftes 4de Dag. Forbindingen er imbiberet med Urin og grönlig Vädske, Såret reaktionslöst; der er nogen gullig Ekkymose nedad bagtil for spina ilii ant. sup. I Dränet et tilsyneladende aseptisk Koagel. Dränet forkortes til 4 Cm. Steril Gazekarbolvandsvatforbinding. Skönt der ikke er Ekzem, indsmöres Zinkamylumvaseline, da hun har klaget en Del over Svie på Ryggen. Den sidst ladte Urin sur, klar, med en let svävende Sky. Menses indtrådte efter godt 14 Dage (plejer at väre 3 Uger mellem Perioderne), uden Smerter.

$^{30}/_{6}$ $\frac{37,5}{37,6}$. 3 Gange Åbning, naturlig. Appetit god. Sover uden narcoticum. Ingen Udspiling eller Ömhed af abdomen. Ubetydelig

Gennemsivning. Urinen ved Henstand lidt karbolfarvet, dens Udseende plumret. Menses tilstede.

2/7 $\frac{37,3}{37,2}$. 2 Gange Åbning, god Sövn, Velbefindende. Stärk Gennemsivning. Svien har tabt sig, efter at der er brugt Zinkamylumvaseline. Urinös Lugt står om Patienten.

3/7 $\frac{37,9}{37,7}$. 1 Gang naturlig Åbning. Klager over Hovedpine; god Sövn. Endnu lidt Menstrualblödning. Fremdeles en stor Mängde Urin på Stiklagenet. Urinen indeholder talrige röde, sparsomme hvide Blodlegemer, ingen Cylindre, talrige Epitelceller.

4/7 $\frac{38,1}{37,5}$. Velbefindende. Af og til ubetydelige Smerter i Siden og lidt Hovedpine.

5/7 $\frac{38,6}{37,6}$. I Går stärk Hovedpine og Smerter fra cardia om i begge regiones lumbares, samt til Dels oppe i Skuldrene. Fik codeinæ Cg. 3, hvorefter afbrudt Sövn. 1 Gang jävn Åbning. Menses ophörte. Forbindingen skiftes 6te Dag. Dränet er udskubbet. Såret fremdeles reaktionslöst, kun gabende på Dränstedet. Intet Ekzem i Omfanget, intet at udtrykke. Dränet fjärnes. Irrigeres med Borvand, indsmöres Zinkamylumvaseline. Samme Forbinding. De stikkende Smerter fra för Operationen have tabt sig.

6/7 $\frac{39,1}{38}$. Klagede i Går over Smerter i Extremiteterne. Hyppig Urinering (7 Gange). Ingen Pletter i Halsen, kun lidt Rödme i fauces. Smerter i Halsen. Har svedt en Del. Når hun träkker Vejret dybt, er der Smerter i v. Forflade af thorax, men Respirationen er fuldständig normal. Kun lidt Gennemsivning. Urinen ved Henstand plumret. Fik i Aftes acidi salicylici, bicarb. natr., aa 3,0. Rp. Pulv. acidi salicyl. Cg. 20 d. i. aqva, 3 Gange daglig.

8/7 $\frac{37,9}{37,6}$. 1 Gang rigelig naturlig Afföring. Velbefindende. Ingen Smerter i abdomen; stadig nogen Hovedpine, särlig om Eftermiddagen.

10/7 $\frac{37,9}{37,1}$. Gullig Urin, der ved Henstand sätter et ikke särlig tykt, snavset Bundfald. Kun ringe Gennemsivning.

12/7 $\frac{37,5}{37,2}$. Forsigtig på Ambulance. — S. d.

13/7. Befandt sig vel ude.

15/7. I Går Hovedpine, hvorfor vesica glacial.

17/7. Klagede i Går over Smerter fra cardia til umbilicus, derfra strålende ud i v. Side af Ryggen. Ingen Kvalme eller Opkastning. Vedvarende Hovedpine. Nästen ingen Gennemsivning.

18/7. Urinen er ved Henstand med en svävende fnugget Sky, kun svagt sur. Den tages med Kateter i sterilt Glas. Denne Urin er stärkt sur; det sidste i Kateteret er plumret, ellers er den klar, lysgul. Den indeholder talrige hvide Blodlegemer og Epitelceller, til Dels sammenhängende i store Flager; talrige Bakterier af Form som Stave, der ikke farves efter Gram, ingen cocci. Hun spiser godt; hun klager over

lidt Smerter tvärs over cardia; de kunne tabe sig, når en Pude flyttes eller lignende.

19/7. Forbindingen skiftes 14de Dag; kun lidt i det hydrofobe Vat; i Gazen er Del indtörret, af Urin stinkende Sekret, kun en 1-kronestor, ikke indtörret Plet. Såret helet per primam; kun en 1-örestor Granulation tilbage. Samme Forbinding. — Sidder over Ende i Sängen under Måltiderne.

20/7. Befandt sig vel siddende.

21/7. Når hun drejer sig på Siden, föler hun i abdomen Smerter, som ikke gå ud i Ryggen.

25/7. Befinder sig vel, når undtages nogen Trykken i abdomen fra venstre Kurvatur og nedefter.

26/7. Forbindingen skiftes 7de Dag. Intet i det hydrofobe Vat. I Gazen kun ubetydeligt slimet Sekret. På Dränstedet en ärtestor granulerende Plet, tg. lapide infernali, som tränger 1½—2 Cm. i Dybden. Hun klager fremdeles, når hun ligger på Siden, over Smerter i cardia, som dog ikke ligne hendes tidligere Symptomer, men som hun kender fra en tidligere Graviditet. — E. l. siddende.

Der tages Urin med Kateter i sterilt Glas; den viser kun få hvidlige Fnug, er svagt sur, uden albumen, sangvis eller Sukker, giver svag Pusreaktion. Spredes i 2 Fortyndinger på Agar-Agar. Centrifugeres. I Bundfaldet en Mängde dels röde, dels hvide Blodlegemer, desuden mange store flade, dels runde, dels kantede Epitelceller, ikke ganske få Cylindre, hyaline og Epitelcylindre. I Däkglaspräparat fandtes Mikrober, som närmest lignede Baciller. Dagen efter Växt af korte Stave.

28/7. Stadig Smerter i cardia. Fik i Aftes bicarb. natrici 1 Teskefuld. Seponat acid. salicylicum, som hun har brugt i 17 Dage (20 Cg. bis). Rp. subnitr. bismuthici 30 Cg., bicarb. natr. 1 Gram. 1 Pulver 3 Gange daglig for Måltiderne. — Spasere.

29/7. Atter de samme Smerter. Hun er öm på et Parti, der svarer til överste Del af venstre musculus rectus lige under Kurvaturen. Rp. ungv. sinapinum. Det er väsentlig Bevägelse, der fremkalder Smerterne.

30/7. Stinget tabt sig efter Sennepskagen; men hun er endnu öm. Sovet godt uden narcoticum.

31/7. Et nyt Sting, ved at dreje sig i Nat, fra bageste Axillärlinje om i Lumbalregionen.

1/8. Den lokale Ömhed i överste Del af venstre rectus har tabt sig. I Nat har der väret Smerte fra Lumbalregionen strålende fortil. Sårene lägte. Seponat Forbinding.

2/8. Atter i Går klagede hun over Smerter i regio lumbalis. Fik en Sennepskage, der hjalp, og hun har sovet ret godt; efter Badet i Går befandt hun sig ret vel; ved bimanuel Undersögelse endnu lidt Ömhed; men man föler ingen Intumescens ved ballottement.

3/8. Var i Går 5 Timer oppe; Velbefindende. Ubetydelige Smerter. Operationssåret holder sig lägt. Den skrå Del af Cikatricen er 11, den vertikale Del 4½ Cm. lang. Sammenstödsstedet let deprimeret. Ved Ballottementspröven i Dag heller intet at föle.

4/8. Velbefindende; men klager dog over Sting på samme Sted. Rp. Charta sinapisata.

5/8. I Nat häftige Sting, som ikke veg for Omslag eller Sennepskage. Stinget stråler ud i Skulderen, endnu ikke fortaget sig. — S. d.

6/8. Stinget mindre i Nat efter Omslag.

7/8. Stinget mindre häftigt, men endnu tilstede; der er Dämpning 3 Fingersbred nedenfor Kurvaturen.

8/8 1893. Udskrives.

18/9 1893. Såret holder sig smukt formet. Lägen meddeler, at Urin, tagen med Kateter, viser sig så vel kemisk som mikroskopisk normal. Der er en Intumescens i v. hypochondrium, hvis Natur er vanskelig at klare. Til Observation af Lägen.

Senere Laparotomi for Miltkyste; ud i Maj 1894.

Om Urinens Forhold henvises til Tabellen og Texten ovenfor.

Det fjärnede Stykke Nyreväv viste sig i frisk Tilstand normalt (Smlgn ovenf. S. 60).

Om Patientens senere Tilstand meddeler hendes Läge i Brev af 14/3 1897, d. e. henved 4 År efter Operationen på Nyren, at Cikatricen i Lumbalegnen har holdt sig lägt, at hun ikke har Smerter ved Urineringen; Urinen kvitteres 4 til 5 Gange om Dagen, ikke om Natten, i en Mängde af omtr. 1000 Kcm.; den er klar og uden Lugt.

Laparotomisårets Cikatrice er også tilfredsstillende, uden Herniedannelse. Af og til har hun umotiverede, pludseligt opträdende Smerter i dets Närhed; Lägen mener, at det skyldes Adhärencedannelse og begrunder sin Mening i, at der efter partus for 1½ År siden opstod truende Ileustilfälde, ved hvilke Hindringen for Passagen tydeligt sås at ligge i Närheden af Laparotomicikatricen. Ved Hjälp af Ventrikeludskylning hävedes Tilfäldene.

Mathilde H.

Datum.	Urinmängde i Kcm.	Antal Gange.	Vägtfylde.	
Juni.				
17	750	4	1023	Röde Blodlegemer, mange Epitelceller, ingen Cylindre, mellemstore cocci i Käder.
18	375	2	1025	28,6 ‰ Urinstof = 10,72 Gm.
19	550	3	1028	En enkelt Epitelcelle; ingen Cylindre.
20	425	3	1030	
21	500	—	1030	14,28 Gm Urinstof.
22	400	3	1025	
23	310	4	1026	*Operation.*

Datum.	Urin-mängde i Kcm.	Antal Gange pr Døgn.	Vägt-fylde.	
Juni.				
24	440	4	1025	Röde og hvide Blodlegemer. *En Del Cylindre*, dels hyaline, dels kornede, dels Blodcylindre.
25	640	7	1030	
26	675	6	1025	
27	550	6	1025	Talrige hvide, sparsomme röde Blodlegemer, talrige Epitelceller, 1 enkelt Cylinder.
28	440	6	1025	
29	390	5	1020	
30	225	—	1025	
Juli.				
1	500	4	1016	
2	500	4	1016	
3	800	4	1025	Talrige röde, sparsomme hvide Blodlegemer, talrige Epitelceller, ingen Cylindre.
4	650	4	1022	
5	1175	4	1020	
6	435	7	1020	Urinen plumret ved Henstand, stärkt alkalisk, uden albumen, sangvis, Sukker og pus.
7	645	6	1022	Rep. acid. salicyl. 20 Cgr. ter.
8	625	5	1025	
9	450	—	1025	
10	500	—	1025	Gullig Urin, der ved Henstand sätter et ikke särlig tykt, snavset Bundfald.
11	735	5	1020	
12	600	—	1018	
13	600	5	1018	
14	800	—	1018	
15	625	5	1020	
16	725	5	1022	
17	1150	5	1020	
18	950	5	1012	Ret talrige hvide Blodlegemer og Epitelceller i store Flager; talrige Bakterier af Form som Stave, der ikke farves efter GRAM, ingen cocci.
19	735	—	1015	
20	760	—	1020	

Datum.	Urin-mängde i Kcm.	Antal Gange pr Dögn.	Vägt-fylde.	
Juli.				
21	700	—	1015	
22	850	—	1015	
23	950	—	1020	
24	560	—	1020	
25	1000	—	1020	
26	825	—	1020	18,8 Gm Urinstof. Ret mange hyaline og Epitelcylindre. Växt af korte Stave.
27	625	—	1025	12,4 Gm Urinstof.
28	825	—	1020	Seponat Salicylsyre.
29	600	—	1022	
30	900	—	1020	20,8 Gm.
31	1150	—	1015	
August.				
1	1500	—	1016	
2	850	—	1020	
3	1050	—	1015	
4	1100	—	1020	
5	1500	—	1010	
7	750	—	1020	
				Udskrives d. 8/8 1893.

VI. *Diagnose för Operationen:* Ren mobilis; måske calculus.

Diagnose umiddelbart efter Operationen: Ren mobilis; perinephritis chronica i Form af Adhäreucer. I övrigt usikker; der et lille hæmatoma.

Diagnose efter Mikroskopi af det exciderede Stykke Nyreväv: Glomerulo-nephritis chronica.

Ane T., 41 År, gift med Fisker, Frederikshavn. Indkommen 29/8 1896, operatio 15/9, udskr. helbredet 27/10 1896.

Pat:s Foräldre leve og ere raske, hun har selv altid väret rask indtil for 3 År siden, da hendes nuvärende Lidelse begyndte. Menses altid regelmässige. 7 Gange partus, altid ved Naturen; 3 Börn ere döde som små. For 3 År siden, da Pat. var gravid i 4de Måned, overansträngte hun sig ved at bäre en Hummerkasse med Fisk foran sig op ad en stejl Bakke og aborterede; Blodtabet var meget betydeligt, og Pat. var meget medtagen derefter. 2 Måneder efter Aborten fik hun atter en profus Metrorragi, som yderligere sväkkede hende. Hun lå i det hele til Sängs i et År. Siden da begyndte hun at få

en Smerte, som begyndte ved höjre Kurvatur og herfra strålede ud i Ryggen og ned mod Symfysen; når de vare särlig häftige, kunde de også stråle ud i h. Arm og Ben. Smerterne ere siden da stadig tagne til, de vexle i Styrke, opträde både Dag og Nat og ere lige stärke, hvad enten hun er oppe eller ligger til Sängs. Smerterne skildres som sammensnörende, gnavende. Helt smertefri er hun aldrig. Smerterne ere isär i de 3 sidste Måneder tagne til, så at hun har måttet ligge til Sängs den meste Tid; hun har kun af og til väret oppe. I de sidste 3 År har hun tillige lagt Märke til en Ejendommelighed ved Vandladningen, idet hun til Tider har måttet lade Vandet meget hyppigt (omtr. hver halve Time), til andre Tider med längere Tids Mellemrum (dog själden over omtr. 6 Timer); hun angiver, at hun undertiden föler Lettelse i sine Smerter, når hun har ladt Vandet; noget bestemt Forhold mellem Smerterne og Vandladningen kan hun dog ikke angive. Hun har lagt Märke til, at Urinen undertiden blev plumret og tyk ved Henstand; men hun har aldrig bemärket Grus eller Blod i den. Hun har haft god Appetit og er ikke magret af; Åbningen har altid väret i Orden. Pat. ser ganske flink ud, sund Ansigtsfarve, ikke mager. Abdomen er slapt, blödt; ved Palpation föler man en Resistance i höjre regio cardiaca, samme Sted, hvor Pat:s Smerter udgå; hun ömmer sig ved Tryk her, nogen bestemt Form af Resistancen fås ikke. I höjre fossa iliaca föles intet. Når Pat. sidder op i Sängen, forsvinder Resistancen i h. regio cardiaca, og Pat. er heller ikke längere öm her; derimod föler man ved bimanuel Palpation i h. fossa iliaca et Legeme af Nyreform, som er ömt for Tryk og som forsvinder igen, når hun lägger sig ned.

$^{30}/_{8}$. Tp. $\frac{37,6}{37,8}$. Smerterne i sidste Dögn kun svage, have mest haft deres Säde i h. regio hypochondriaca, ikke i Länderegionen. De komme med Mellemrum, kunne endog väre Timer borte. I Nat er hun ikke väkket af Smerte, hvad der kunde ske i Hjemmet. Tydelig Resistance ved ballottement og udtalt Ömhed; Gurglen ved Tryk, hvor man synes at kunne föle coecum smutte. I Sideleje föler man også en öm Resistance, men dog ikke tydelig. Ingen Konturforskel at se i de to Renalregioner; sidder hun over Ende, er der Kontraktion af Bugmusklerne, hvilket forhindrer Palpation. Der er af og til Smerter langs n. ischiadicus, endende i hallux, mindre i 2den Tå; de synes kun at komme, når hun har gået; de have ikke vist sig inden nuvärende Sygdoms Begyndelse. De findes kun i h. Ben. — Aldrig forhen kateteriseret. Katetret föler ingen Sten i vesica. *Urinen* er i Reagensglas strågul, klar, med enkelte Fnug, reagerer nevtral, indeholder ingen albumen, Blod eller Sukker. Rp.: Epithema tepidum. *Podning* fra Urin d. $^{30}/_{8}$ i Agar viser d. $^{1}/_{9}$ grålig Overfladeväxt, med lidt Växt langs Podestikket af Kokker. I Däkglaspräparat findes ingen formede Bestanddele eller Mikrober. Temperaturen indtil operatio normal.

$^{31}/_{8}$. Ikke videre Smerter i Går, god Sövn i Nat. I Rygleje föles tydeligt nederste Halvdel af h. Nyre under Kurvaturen öm for Tryk. Når hun rejser sig over Ende, föles den at skyde sig ned i h.

fossa iliaca. Man kan også i Rygleje forskyde Nyren nedad og indad, så at man kan föle den i hele dens Udsträkning; den föles lidt slap, af naturlig Form. Diurese: 575 Kcm. i 3 Gange. Vägtfylde 1018. Urinen sätter ved Henstand en svävende Sky. Ingen Cylindre, talrige Krystaller af oxalsur Kalk (samt Pladeepitelceller fra vagina). 24,8 ‰ = 14,26 Grammer Urinstof.

Om Urinens videre Forhold henvises til Tabellen.

$^1/_9$. Havde Klemsel i abdomen og fauces, fik pulv. effervescens med god Virkning, Afföring efter ol. ricini. Ingen bestemte Smerter, som kunne henföres til höjre Nyre. Urinen ved Henstand med et fnugget Bundfald. Med Kateter tages Urin i sterilt Glas til Undersögelse på Cylindre. Den er klart, med ganske fine Fnug. *Mikroskopisk* findes enkelte Epitelceller, ellers intet.

$^3/_9$. Ingen Tilfälde i Går, sovet uden hypnoticum. Henstillet Urin er diffus uklar, sur. Hun angiver fremdeles at kunne have meget betydelige Smerteanfald, der synes hende at komme umotiveret, og at hun averteres om disse Smerteanfald forud, ved at Urinen er röd foroven og gul forneden og stärkt plumret. I Urin findes ingen Bakterier, enkelte Epitelceller, ingen Cylindre. Podning giver ingen Växt.

$^5/_9$. I Går kun Hovedpine. Urinen nästen klar, kun med fine Fnug.

$^6/_9$. — E. l. — Urinen indeholder Epitelceller, enkelte Levkocyter, ingen Cylindre, desuden Krystaller af Urinsyre og Urater.

$^9/_9$. Urinen diffus uklar ved Henstand; den fra i Morges ret klar, strågul; menses, der indtrådte d. $^7/_9$, endnu tilstede. Med Kateter tages Urin, der kun er fint plumret; den reagerer alkalisk. Hun har ikke gjort Indtryk af at väre särlig dårlig her på Hospitalet, er også selv overrasket derover, idet hun vedblivende holder på, at hun var uarbejdsdygtig hjemme. Hun gör et meget pålideligt og ikke hysterisk Indtryk.

$^{10}/_9$. Stärke Smerter i Går under h. Kurvatur mellem Spidsen af 9de costa og umbilicus, vare kun tilstede omtr. ¼ Time, have ikke senere vist sig. Höjre Nyre föles i Dag lidt fyldigere, er mere öm og mere spändt; god Sövn i Nat.

$^{11}/_9$. I Går omtr. ½ Time häftige Smerter i höjre Parasternallinje, herfra strålende omkring Hypokondriet til columna; samtidig var der Smerter i h. Underextremitet, om for eller bag, véd hun ikke, endende i hallux. Smerterne kom mellem Kl. 12 og 1 og indfandt sig atter Kl. omtr. 7, tabte sig i Löbet af ¼ Time, da hun havde fået epithema tepidum. Smerterne skildres som meget slemme, ikke strålende ned mod Symfysen. Bimanuelt föler man det samme som för. *Urinen*, kvitteret i Går, er efter Henstand kun svagt gullig farvet; den i Dag kvitterede er ganske strågul; der synes ikke at väre Konkrementer. I Sideleje synes tumor at smutte op under costæ. Tryk på abdomen bringer den ikke frem i Lumbalregionen; hun synes ikke öm ved Palpation.

$^{13}/_9$. Ingen Smerter i sidste Dögn. Hvis det skulde dreje sig om Vandrenyre, vilde man dog tro, at denne var forstörret. Ved-

bliver at angive at väre decideret öm ved bimanuel Palpation af h. Side, ikke i v. Side. I venstre Sideleje ligger ren ikke for, og med underlagt Pude kan man heller ikke få den frem; også i Rygleje er ren ikke let at föle.

15/9. Ingen Smerter i sidste Dögn. Man föler Nyren tydelig smutte under höjre Kurvatur. Man formoder mobil Nyre, tror ikke på Pyonefrose, kan ikke udelukke Muligheden af en Tilstedevärelse af calculus.

Operation under Kloroformäternarkose. Skråsnit 10 Cm. langt, en Fingersbred nedenfor 12te costa; man kommer let til det retrorenale Fedtväv, går stumpt med Fingre op gennem dette. Der er ikke udtalte Adhärencer, men dog er Lösning af Nyren noget besvärlig; man vil dog ikke bestemme sig til at göre vertikalt Hjälpesnit endnu. For at lette Fremträkningen fatter man nederste Pol af Nyren med en Pincet, akkucherer den langsomt ud, må dog noget hen imod nederste Pol lösne nogle Adhärencer. Man ser nu også, da Nyren kommer ud, faste Bindvävstråde i den fibröse Kapsel, särlig på den konvexe Side. Disse lösnes forholdsvis let, et enkelt Sted Tvärruptur af Kapslen. Nyren selv er af normal Konsistens, dog måske lidt lang, stålblå gennemskinnende, på et enkelt Sted med et prominerende Parti. Her incideres, der kommer kun flydende og koaguleret Blod. Man spalter nu hele den fibröse Kapsel langs den konvexe Side og lösner den til bägge Sider. Nyrens Overflade rödblå; i hilus ingen Tegn på Sten, heller ikke i Substansen; man gör et Snit i den konvexe Del, komprimerer med Finger for Blödningens Skyld, tränger ind i hilus med Finger, föler ingen Sten. Exciderer 2 Stykker til mikroskopisk Undersögelse. Da der heller ikke kommer pus, bestemmer man sig til at lukke Såret, gör det med Katgut Nr 2, fattende dybe Partier, knyttende ret löst og dog fast. Den middelmådige Hämorragi standses strax ved Anläggelse af 6 sådanne Suturer. Nefrotomisåret er omtr. 5 Cm. langt; ved Tryk på hilus kan man få noget Blod til at spröjte frem mellem de anlagte Suturer. Nu fattes det lösnede perirenale Väv med en dobbelt Katgut Nr 2, derpå gennem den fibröse Kapsel og en flere Cm. bred Bro af Nyresubstans, atter fibröst Väv og perirenalt Väv på modsat Side; sådan lägges i alt 2. Derpå reponeres Nyren efter at väre törret med tör steril Gaze. Disse 2 Suturer knyttes nu fast, så at Nyren fästes til Blöddelssåret; der indlägges 1 Drän, törres med tör steril Gaze, der lägges dybe Suturer ovenfor og nedenfor Dränet, i alt 2. I Hudsåret lägges 10, alt Karbolalkoholkatgut Nr 2. Sidste Sutur anlagt 24 Minutter efter Operationens Begyndelse. Forbindes med tör steril Gaze og tört hydrofobt Vat. Colon sås ikke under hele Operationen, garderet af en Assistents Finger. Det blålige, prominerende Parti var måske et frisk subkapsulärt Hämatom, fremkaldt ved Extraktion af Nyren. Nyren lå under Operationen ude og blev forevist Tilskuere. Excision og andre Manipulationer foretoges ude, hvorfor også meget sikkert. Man vänter normalt Nyreväv, og at Diagnosen ren mobilis er rigtig. Ingen Kollaps efter Operationen.

Om *Resultatet af Nyrevävets mikroskopiske Udseende* se nedenfor.

I Blod findes kun röde Blodlegemer, ingen Bakterier; Podning; ingen Växt d. 22/9.

16/9. Tp. $\frac{38,1}{38,2}$. Stärke Smerter hele Dögnet. 6 Gange Opkastning i Går, 5 Gange i Nat; fik Kl. 3 æther spir. gtt 15, i Aftes inject. morph. Cgm 1, hvorefter ret god Sövn. Kvitteret Urinen i Går og i Nat. Blev kateteriseret i Aftes. Ingen Gennemsivning. Klager over Törst. Den kort för Operationen ladte Urin er klar, den senere kvitterede er plumret, kun den förste lidt blodfarvet, giver Blodreaktion; den sidst ladte, giver ingen Blodreaktion med Guajak-Terpentin.

I Urinen fra i Aftes röde Blodlegemer, i langstrakte Hobe, men ikke som egentlige Cylindre. Enkelte Flager af Epitelceller med Kärner, gullig farvede.

17/9. $\frac{38,2}{38}$. Mindre Smerter, 1 Opkastning, ingen Hovedpine, ikke afgået flatus. God Ro efter inject. morph. Cgm 1, af og til spändt i abdomen. Ser lidt mere naturlig ud.

Urinen giver ved HELLERs Pröve en svagt udtalt Albuminring, intet Blod eller Sukker. Mikroskopisk indeholder den lange Stave, til Dels i trådlignende Käder, og ellers Urater, enkelte Pusceller, ingen röde Blodlegemer eller Cylindre. Podning giver grålig Overfladeväxt og i Dybden Växt af korte og längere Stave.

18/9. $\frac{38,3}{37,7}$. Stadig Kvalme; har kun nydt lidt Välling og 1 Pot Mälk. Der er afgået 4 flatus. Urinen noget plumret af Urater, indeholder Urinsyrekrystaller, reagerer surt, indeholder ingen albumen eller Sukker.

19/9. $\frac{38,1}{37}$. Der er for förste Gang Urin på Stiklagenet; det synes ikke at komme fra Forbindingen. *Forbindingen skiftes* 4de Dag; der er intet i det hydrofobe Vat, i Gazen indtörret Blod, slet ingen Fugtighed; Såret reaktionslöst. I Dränet et affarvet Koagel; ingen Lugt af Urin; intet at udtrykke. Dränet fjärnes; forbindes med tör steril Gaze, hydrofobt Vat. Rp.: Fuld Kost. — Podning fra Drän giver d. 22/9 ingen Växt.

Pat. stadig lidt febril om Aftenen, medens Temp. om Morgenen er normal, indtil d. 5/10, da også Aftentemp. bliver normal.

20/9. Spiser nästen intet. I Urinen Pladeepitelceller, enkelte Pusceller, ingen Cylindre.

23/9. Velbefindende, dog lidt Smerter i Nat i Ryggen. Urinen, der er fint fnugget, reagerer surt, ingen albumen ved HELLERs Pröve, ej heller farvet Ring. Mikroskopisk indeholder den ingen Bakterier, sparsomme röde Blodlegemer, Pusceller, enkelte runde og päreformede Epitelceller, en enkelt gennem 2 Synsfelter sig sträkkende cylindroid bugtet Dannelse, lignende en hyalin Cylinder. Desuden Urater. Podning giver d. 29/9 grågul Overfladeväxt af korte Stave.

3/10. Forbindingen skiftes 14de Dag. I Gazen ubetydeligt indtörret Sekret. Katgutsuturerne kunne afstryges. Såret helet per primam. Bimanuelt föler man Nyren på den anviste Plads. Der er näppe

Ömhed for Tryk. Man däkker med Vat. *Urin* tages sterilt; den er absolut klar, lys farvet, heller ikke det sidste i Kateteret er uklart; den er sur, uden albumen, Blod eller Sukker. Indeholder (centrifugeret) kun nogle Pladeepitelceller, enkelte Levkocyter, ingen Cylindre.

6/10. I Går en Del Smerter nedenfor h. Kurvatur, mest i Parasternallinjen, tiltagende henimod Aften. Der gaves Kl. 8½ ungv. sinap. i ¼ Time; medens den lå, klagede Pat. over stärke Smerter, der tiltog, efter at den var tagen af. Pat. fik da epith. tepid., æther spir. gtt 15 bis, da der tillige var nogen Kvalme. Hun har sovet noget. Smerterne nu ophörte, men endnu Kvalme. Hun har ved sine Klager i Nat forstyrret de andre Patienter på Stuen.

7/10. Ingen Smerter i sidste Dögn. Såret holder sig reaktionslöst, ingen Ömhed; har kun spist lidt. Urinen indeholder mikroskopisk talrige Urater, en Del Urinsyrekrystaller, enkelte Levkocyter, ingen Cylindre. Rp.: Aqua communis Gm 1000 daglig.

14/10. Velbefindende. Pat. har fået et Underlivsbälte med Sideelastik, der synes at passe godt. — E. l.

15/10. Var 2 Timer oppe, havde Kvalme, 4 Gange Opkastning.

17/10. Var 2 Timer oppe, uden Kvalme eller Opkastning.

21/10. Var oppe i 5 Timer, befandt sig vel. — S. d.

23/10. Ved Synsundersögelse findes for bägge Öjne M. 10 oftalmoskopisk, $S < \frac{5}{12}$, ingen Astigmatisme. Rp. ÷ 4,00.

27/10. Er med korrigerede Briller meget tilfreds, også med sin Almentilstand.

Om *Urinens Forhold* henvise vi til Tabellen og til Texten ovenfor.

Det ved Resektion fjärnede Stykke Nyreväv viste, at Epitelet i de snoede Kanaler er stärkt kornet; der findes hyaline Cylindre i de HENLEske Slynger, hist og her små hyaline glomeruli med fortykket Kapsel. Arterierne ere normale. Diagnose: *Kronisk glomerulo-nephritis.*

Om *Patientens senere Tilstand* meddeler hendes Läge i Brev af 6/4 1897, d. e. godt ½ År efter Operationen:

»Pat. har befundet sig betydeligt bedre, er tiltagen i Huld og Kräfter og passer sit Arbejde i Hjemmet. Cikatricen holder sig fremdeles lägt; hun er ikke öm ved Tryk af denne, derimod ömmer hun sig ved Tryk på nederste costa og ved Forsög på at palpere Nyren. For 1 Måned siden begyndte hun at föle Smerter svarende til nederste costa, når hun rakte Armen i Vejret, og hun föler også Smerter samme Sted, når hun böjer columna. Der er ingen Smerte ved Urineringen; hun kvitterer Urinen 4 til 5 Gange i Dögnet, som Regel ikke om Natten. I sidste Dögn har hun kvitteret omtr. 1000 Kcm. Urinen er klar, lys, sur, uden pus, albumen eller Blod; ved Henstand dannes der en let svävende Sky, men intet Bundfald; den lugter ikke ilde.»

Ane T.

Datum.	Urinmängde i Kcm.	Antal Gange pr Dögn.	Vägtfylde.	Urinstofmängde.	
Avgust. 31	575	3	1018	24,8 ‰ = 14,26 Gm	Urin nevtral, uden albumen, Blod og Sukker.
September. 1	—	—	—	22,3 ‰	Ingen Formelementer eller Mikrober, ingen Cylindre; Podning giver Overfladeväxt og Växt af cocci langs Podestikket.
2	1125	6	1013	17,5 ‰ = 19,69 »	Pladeepitelceller, enkelte Levkocyter, ingen Cylindre.
3	775	6	1022	27,8 ‰ = 21,5 »	Ingen Bakterier, ingen Cylindre, Krystaller af fosforsur Kalk.
4	925	6	1016	—	Enkelte Levkocyter, Krystaller af oxalsur Kalk, ingen Cylindre.
5	1025	6	1020	16,7 ‰ = 17,12 »	Enkelte Levkocyter, Epitelceller, ingen Cylindre.
6	800	6	1019	25,6 ‰ = 20,48 »	Krystaller af Urinsyre og Urater.
7	765	5	1010	19,8 ‰ = 15,15 »	Epitelceller, Levkocyter, röde Blodlegemer (menses), ingen Cylindre.
8	800	6	1020	24,2 ‰ = 19,36 »	Ingen Cylindre.
9	1075	5	1013	20,3 ‰ = 21,82 »	En Del Urinkrystaller, Levkocyter, ingen Cylindre.
10	1200	6	1012	14,5 ‰ = 17,40 »	Ingen Cylindre, et Par Krystaller af oxalsur Kalk, få Levkocyter.
11	1100	6	1016	15,6 ‰ = 17,6 »	Sparsomt Pladeepitel, enkelte Levkocyter, ingen Krystaller, ingen Cylindre.
12	1300	7	1012	13,4 ‰ = 17,42 »	Epitelceller i Flager, Urater, ingen Cylindre, ingen Bakterier; Podning giver gröngul Overfladeväxt af cocci.
13	1175	6	1010	13,4 ‰ = 15,75 »	Krystaller af oxalsur Kalk.
14	875	6	1010	—	
15	800	6	1014	—	*Operation.*
16	825	—	—	3,84 ‰ = 1,72 »	För Operation.
				22,5 ‰ = 9,11 »	Efter Operation. Små Urinsyrekrystaller, ingen Cylindre.
17	560	4	1025	31,8 ‰ = 17,81 »	Lange Stave i trådlignende Käder, enkelte Pusceller, ingen röde Blodlegemer eller Cylindre.
18	650	6	1023	28 ‰ = 18,20 »	

Datum.	Urin-mängde i Kcm.	Antal Gange pr Døgn.	Vägt-fylde.	Urinstofmängde.	
September.					
19	790	7	1022	38,4 ‰ = 30,84 Gm	Ingen Bakterier.
20	370	4	1025	33,4 ‰ = 12,36 »	Pladeepitelceller, enkelte Pusceller, ingen Cylindre.
21	620	6	1020	35,8 ‰ = 22,20 »	
22	665	6	1020	30,2 ‰ = 20,8 »	
23	800	8	1022	28 ‰ = 22,4 »	Runde og päreformede Epitelceller, Pusceller, en enkelt cylindroid Dannelse, lignende en hyalin Cylinder.
24	540	4	1020	28,8 ‰ = 15,55 »	
25	635	4	1018	26,4 ‰ = 16,76 »	
26	645	5	1020	25,4 ‰ = 16,38 »	
27	645	5	1018	25,1 ‰ = 16,19 »	
28	590	4	1020	26,4 ‰ = 15,58 »	
29	850	4	1016	21 ‰ = 17,85 »	Podning fra d. 29/10 giver grågul Overfladeväxt af korte Stave.
30	740	5	1020	28,5 ‰ = 21 »	
Oktober.					
1	845	4	1016	19,4 ‰ = 16,32 »	
2	980	6	1015	17,67 ‰ = 17,25 »	
3	785	5	1015	19,2 ‰ = 15 »	Ingen Bakterier, enkelte Pladeepitelceller og Levkocyter, ingen Cylindre.
4	575	4	1018	24,8 ‰ = 14,13 »	
5	665	5	1015	19,9 ‰ = 13,28 »	
6	855	5	1015	15,12 ‰ = 15,7 »	
7	430	3	1010	7 ‰ = 3,01 »	Talrige Urater, en Del Urinsyrekrystaller, enkelte Levkocyter, ingen Cylindre. Rep. aquæ communis Gm 1000 dagl.
8	1285	5	1006	6,04 ‰ = 7,76 »	
9	960	4	1011	7,30 ‰ = 7 »	
10	1305	4	1010	8,10 ‰ = 10,75 »	
11	525	3	1014	8,10 ‰ = 4,25 »	
12	820	4	1013	7,55 ‰ = 5,19 »	
13	1050	5	1014	11,1 ‰ = 11,66 »	
14	1380	6	1012	7,33 ‰ = 10,12 »	
15	725	3	1013	5,63 ‰ = 4,08 »	
16	1625	4	1008	5,49 ‰ = 8,92 »	

Datum.	Urinmängde i Kcm.	Antal Gange pr Dögn.	Vägtfylde.	Urinstofmängde.
Oktober.				
17	975	5	1015	8,10 ‰ = 7,90 Gm
18	1110	4	1016	8,01 ‰ = 8,89 »
19	1325	4	1010	6,90 ‰ = 9,14 »
20	925	4	1014	11,2 ‰ = 10,36 »
21	950	3	1014	10,3 ‰ = 9,79 »
22	825	3	1012	7,3 ‰ = 6,02 »
23	1075	3	1015	7,6 ‰ = 8,23 »
24	1050	3	1008	7,47 ‰ = 7,84 »
25	1700	3	1007	4,26 ‰ = 7,24 »
26	550	2	1011	10,6 ‰ = 5,83 »
27	650	2	1008	—

Udskrives d. 27/10 1896.

VII. *Pyelonephritis suppurativa. Operationes exploratoriæ: Nephrotomia; Resectio substantiæ renalis diagn. causa.* (*Gangræna renis.*)

Hans Chr. N., 25 År g:l, ugift. Indl. fra med. Afd. 9/10 1894. Operation 12/10 1894. Udskr. som helbredet 5/2 1895.

For 4 År siden havde Pat. cystitis; der var hyppig Urinering og Blod i Urinen. Uden lokal Behandling svandt disse Tilfälde i Löbet af 3 Uger. Han mener, dens Årsag var Forkölelse. Der var ikke Smerter i Lumbalegnen. For 1½ År siden en Gonorré, som Pat. selv behandlede med Zinkvandsinjektioner; han var snart rask.

For 1 År siden blev han i 2 Måneder behandlet for »perityphlitis»; han blev holdt obstiperet i 18 Dage. Ved at spörge ham ud erfarer man, at Smerterne havde deres Säde i höjre Side af abdomen i Höjde med umbilicus, de vare ikke udstrålende, ikke forbundne med Kolik; der var ingen Opkastning.

Han har aldrig bemärket Grus eller Sten i Urinen; men denne har stundom indeholdt et brunligt, fint Bundfald, som Fingeren kunde föle som »Småkorn».

Hans nuvärende Sygdom begyndte for omtr. 2½ Måned siden uden ham kendt Grund. Han fik Smerter i höjre regio lumbalis, mistede Appetiten, var trät og mat og tog af i Huld. Dette er tiltaget; han gik oppe i de förste 2 Måneder og passede sit Arbejde. Smerterne i h. regio lumbalis have Säde nedenfor costa XII, ere stadig tilstede som gnavende, komme ikke i Anfald, ere värst om Natten. Ingen Opkastninger. Han må kvittere Urinen lidt oftere end normalt, men der er ikke Smerter. Defäkationen lidt träg, men ellers normal.

For 16 Dage siden sögte han Hospitalets medicinske Afdeling fra 24/9 til 9/10. Her konstateredes forhöjet Temperatur (indtil 40° om

Aftenen; om Morgenen omkring 38 eller lidt derover). Diuresen var i Regelen omkring 2000; Vägtfylden varierede fra 1010 til 1019. Urinen var i Begyndelsen sur, senere alkalisk (fik Soda), enkelte Gange blodig farvet, men uden Koagler; der var stadig stärk Blodreaktion, svag Albumenreaktion; ved gentagne mikroskopiske Undersögelser er der fundet talrige röde Blodlegemer, snart få, snart flere hvide Blodlegemer, men ingen Nyreelementer, ingen Tuberkelbaciller.

Foruden bicarbonas natricus har han fået Fenacetin og Salol.

På kirurgisk Afd. C. indkom han $^{9}/_{10}$.

Af den objektive Undersögelses Resultater anföres her kun:

På Stedet for höjre Nyre föles bimanuelt en större Intumescens, spändt elastisk, men ikke bestemt at afgränse; fortil er der Tarmtone; Ömheden er kun ringe. Urinen er svagt sur, reagerer på albumen og Blod, ikke på Sukker. Han er *aldrig forhen kateteriseret*. Den med Kateter tagne Urin, der ved Slutningen af Kateterisationen har samme Udseende som ved dens Begyndelse, indeholder hvide og röde Blodlegemer, en Del Epitelceller, dels kantede, dels päreformede, samlede i större Flager, klare; talrige kornede og hyaline Cylindre; cocci, diplococci (og Baciller?); ingen Tuberkelbaciller. Podning i Agargelatine gav senere hvidlige Kolonier af cocci og coccobacilli.

Der var ingen tenesmi urinales. Den $^{10}/_{10}$ havde han i det forlöbne Dögn i 4 Gange udtömt 1080 Kcm., af Vägtf. 1010; i näste Dögn i 7 Gange 2000 Kcm. med Vägtf. 1010; heri indeholdtes 14,2 ‰ = 28,4 Grammer Urinstof. — Temperaturen var $\frac{39}{38,8}$; $\frac{38,6}{37,9}$; den $^{12}/_{10}$ var den $\frac{39,5}{38}$. D. 2200; Vägtf. 1010.

Man diagnosticerer pyelonephritis suppurativa, måske med calculus.

$^{12}/_{12}$. Operation.

Lumbalt, skråt Snit efter MORRIS; det er noget vanskeligt at lägge Nyren blot. Man gör *Punktur med Aspiration*, hvorved der udtömmes Blod, i hvilket lidt hvidligt er tilblandet; man gör Längdesnit i Blöddelene for at komme lettere til Nyren; den kan nu föles tydeligt; da man omskriver den med en Finger, föles den let adhärent opad fortil, den er forstörret, af blåligröd Farve. Man gör *atter*, men dybere, *Punktur*, men uden Resultat; derpå göres *Nefrotomi*, omtr. 6 Cm. langt Snit i Nyrens konvexe Rand; den indförte Pegefinger föler de glatte Sider af pelvis og calyces; om de ere dilaterede, kan man ikke afgöre; man föler ingen calculus, ser ikke pus. Blödningen fra Nyresnittet er mörk blålig og så livlig, at man bestemmer sig til at tamponere selve Nyresåret med Jodoformgaze; herved standser Blödningen ret snart. Man gör nu *Resektion af et Stykke kortikalt Nyreväv*, 2 Cm. langt, 1½ Cm. höjt, ½ Cm. tykt. Man fjärner Tamponaden af Nyresåret; men fornyet Blödning fordrer, at der atter indlägges en Tampon i Nyresåret; denne, der strax standser Blödningen, ledes ud af Hudsåret. Et udspilet Parti, som man mente var colon, men som man dog antog, muligt kunde väre en Säk med pus, punkteres med Aspiration, men

med negativt Resultat. Der lägges 6 Karbolalkoholkatgutligaturer på Arterier i Musklerne; et Drän indlägges ved Siden af Jodoformgazemêchen, men ikke ind i Nyresåret, et andet Drän fortil i Såret; dette irrigeres med Borvand; 6 dybe Katgutsuturer; en Silketråd i Nyresårstamponen for let at kunne träkke den ud; 13 Katgutsuturer i Hudsårene. Forbinding med steril Gaze og sterilt hydrofobt Vat. Den sidste Sutur anlagdes 35 Minutter efter Operationens Begyndelse.

13/10. Tp. $\frac{37{,}8}{38}$. Kun 1 Gang Opkastning; for övrigt har han haft det godt. Drukket 2 Potter Mälk; sovet noget på 3 Cgm Kodein. Kvitteret 1400 Kcm. Urin i 5 Gange, Vägtf. 1012. Urinen er sur, indeholder albumen og Blod, ikke Sukker. Der er afgået flatus; ikke Tegn på Meteorisme. Forbindingen er stärkt gennemsivet, men kun svagt blodfarvet. Han får Citronlimonade, Välling, Fisk, Mälk.

14/10. $\frac{38{,}6}{38}$. 2den Dag efter Operationen *skiftes Forbindingen*, der indeholder en Del Urin og Blod, for at fjärne Jodoformgazemêchen; dette göres meget forsigtigt; men der kommer strax en Del venös Hämorragi. Man lägger Jodoformgaze ind i Blöddelssåret for at tamponere; men nu kommer der Blod ud af Dränrörene, hvorfor man åbner den bageste Del af Såret for at tamponere mere i Dybden; dette göres med 4 Jodoformgazestrimler; der forbindes med steril Gaze og hydrofobt Vat.

15/10. $\frac{39}{38}$. 7 Gange Opkastning i sidste Dögn og en Del Kvalme. Han har haft Smerter i h. Side af Underlivet, og der er ikke afgået flatus. Fik i Aftes æther spir. gtt 30 og i Nat Kl. 12 Kodein 2 Cgm. Har ikke sovet synderligt. Abdomen ikke särligt opdrevet eller spändt; föler Trang til Åbning. Har kvitteret 450 Kcm. Urin i 6 Gange. Vägtf. 1010. Forbindingen er stärkt gennemsivet, men kun lidt blodtingeret. Medens Pulsen i Går var lille, frekvent, udsvömmende, er den i Dag naturlig, men dog frekvent. Et dösigt Udtryk i Går, som lod befrygte exitus, har i Dag tabt sig; han er fremdeles bleg og noget apatisk.

16/10. $\frac{37.9}{37{,}8}$. D. 1350 i 6 Gange. Vägtf. 1010. Befandt sig i Går lidt bedre; 2 Gange Opkastning. Urinen er klar, i Spidsglas plumret, men giver ikke större Bundfald ved Henstand, er sur og indeholder ikke albumen eller Blod. Da clysma glycerini i Aftes ikke virkede, fik han pulv. glycyrrhizæ comp. og i Morges atter Glycerinclysma med Virkning. Der er afgået flatus. Ikke Tegn på peritonitis.

Han retter sig nu godt; Diuresen tiltager (d. 17/10 er den 2200 Kcm., d. 18/10 2900). Da Temperaturen atter er i Stigning, ordineredes 50 Cgm Salicylsyre i 200 Grammer Vand 2 Gange daglig. Forbindingen skiftes 8de Dag (d. 22/10); der er indtörret Blod i den dybeste Del; i övrigt stärkt gennemsivet, af urinös Lugt. Dränene og Jodoformgazetamponerne fjärnes uden Blödning fra det gabende Sår; i et af Dränene er der et tilsyneladende aseptisk Koagel, der dog viser

sig at indeholde talrige cocci og Stave. Der indlägges ny Jodoformgazetampon, og han forbindes med Jodoformgaze, sterilt hydrofilt og sterilt hydrofobt Vat. Da Salicyl giver ham Kvalme og han har haft Opkastning, seponeres den. Herefter taber Kvalmen og Opkastningen sig. Han befinder sig vel de fölgende Dage, men Aftentemperaturen vedbliver at väre forhöjet (over 39°).

Forbindingen skiftes atter $^{27}/_{10}$, da den lugter; der er grödet og rödt, slimet Sekret samt noget nekrotiseret Bindeväv. En lille resterende Hudbro i Såret spaltes, så at hele Såret nu er gabende. *Det synes, som om det er hele Nyren, der er gangräneret;* med Pincet fjärnes uden Blödning et Stykke; det indeholder en Del cocci og Baciller og viste sig *mikroskopisk* at bestå af *Nyreväv*.

Da Forbindingen 4 Dage senere skiftes på Grund af stärk Gennemsivning, kan man uden Vold ved Pincet fjärne en meget stor Klump dels tjavset, dels homogent gråligt Väv, der fremdeles imponerer som Nyreväv. Sårhulen granulerer, men ikke overalt. En Finger kan retroperitonäalt föres helt ned, så at man kan föle os ilei imellem Fingrene 6—8 Cm. nedenfor dets crista uden at man ellers i Hulheden kan föle noget, der minder om Nyren. Der anlägges Jodoformgazetamponade og Jodoformgazevatforbinding.

6te Dag herefter (d. $^{7}/_{11}$) skiftes Forbindingen atter; Sårhulen er granulerende, men slap; der irrigeres med Borvand; man kommer med Glasröret helt ned i Bäkkenhulheden. På det Sted, hvor man vilde antage Resten af Nyren med dens Kar, föler en Finger en blöd Klump; den fölger frivillig med en Pincet uden Blödning, ligger altså aldeles lös; under Vand er Vävet flotterende tjavset. Bidigitalt föles Bugväggen tydeligt, uden mellemliggende Substans på Nyrens Plads; man er nu sikker på, at det er hele Nyren, der er gangräneret. Der indlägges Drän og Jodoformgazemèche; samme Forbinding som sidst.

Under alt dette har Temperaturen väret forhöjet (over 39° om Aftenen, lidt over 38° om Morgenen), og Diuresen har väret normal. snarest forögot.

Fra nu af bedres alt jävnt. Dränet fjärnes d. $^{19}/_{12}$; Urinens Forhold vexle noget, der er herved en Tid Smerter ved Urineringen; men d. $^{12}/_{1}$ 1895 kommer han oven Sänge; d. $^{4}/_{2}$ er Såret lägt. Han er da ved godt Huld og Kräfter; på den bortgangränerede Nyres Plads föles bimanuelt, svarende til Operationsarret, en ret fast Infiltration. Udskrives helbredet d. $^{5}/_{2}$ 1895.

Om *Urinens Forhold* henvise vi til Tabellen; her omtales også Fundet af *Mikrober* m. m.

Det ved Resektion fjärnede Stykke Nyreväv viste ved GRAMs Metode ingen Mikrober; Ophobning af Levkocyter, isär langs Karrene, Interstitiel Betändelse; parenkymatös Degeneration af Epitelet.

Det *gangränöse* Väv fra $^{27}/_{10}$ 94 viste sig mikroskopisk at bestå af Nyreväv.

De d. $^{31}/_{10}$ og d. $^{7}/_{11}$ 1894 fjärnede store Stykker gangränescerede, flotterende Väv.

Ved Undersögelse i Maj 1897 af det i Alkohol opbevarede Präparat viste Hovedmassen af samme sig at bestå af Blodkoagler (Prosektor DAHL).

Jeg har undersögt Patienten d. 24/1 1897, d. e. 2 År efter Udskrivelsen.

Han har befundet sig vel, spiser og sover godt, forretter sit Arbejde som Dampskibsmaskinmester, hvilket ofte fordrer Nattearbejde og hyppigt giver Anledning til, at han snart er udsat for stärk Varme, snart for almindelig Temperatur. Det eneste, han har bemärket, er, at han stundom får lidt stikkende Smerter i venstre (den ikke opererede) Lumbalregion; han mener at have iagttaget, at Urinen ikke så själdent er af et Udseende, der må tydes, som at den indeholder Overskud af urinsure Salte. Han kvitterer Urinen 4 til 5 Gange om Dagen, under rolige Forhold (når han ikke har Nattetjäneste) ikke om Natten; Mängden angiver han at väre normal, som för han blev syg. Hans Urin indeholder hverken albumen eller Blod, kun en Del amorfe urinsure Salte (den var klar ved Udtömmelsen og har henstået i nogen Tid).

Cikatricen på Operationsstedet har stedse holdt sig lukket og har ikke generet ham; den er af Udseende som en noget atrofieret Hud, 3 til 4 Cm. bred; ikke öm; ved bimanuel Palpation föles intet abnormt; på venstre (ikke opererede) Side kan man ikke påvise en (konpensatorisk) forstörret Nyre.

Hans Chr. Nielsen.

Datum.	Urinmängde i Kcm.	Antal Gange pr Dögn.	Vägtfylde.	Reaktioner m. m.
Oktober.				
10	1080	4	1010	Sur. Albumen og Blod; ikke Sukker. Mikroskopi: röde og hvide Blodlegemer. Pladeepitel. Kornede og hyaline Cylindre. Ingen Tuberkelbaciller.
11	2000	7	1010	14,2 ‰ Urinstof = 28,4 Gm.
12	2200	7	1010	Aldrig forhen kateteriseret. Urin tages sterilt. Den er sur; albumen og Blod, ikke Sukker. Talrige kornede Cylindre; kantede og päreformede Epitelceller. Hvide og röde Blodlegemer. Cocci, diplococci (og Baciller?). Ingen Tuberkelbaciller. Podning i Agargelatine; d. 17/10 viste: hvidlige Kolonier af cocci og coccibacilli. *Operation* 12/10 1894.
13	1400	5	1012	Sur; albumen, Blod; ikke Sukker. Ikke Tuberkelbaciller. Talrige kornede Cylindre, en Del Blodcylindre; få hvide, talrige röde Blodlegemer.
14	2000	11	1010	

Datum.	Urin-mängde i Kcm.	Antal Gange pr Dögn.	Vägt-fylde.	Reaktioner m. m.
Oktober.				
15	450	6	1010	
16	1350	6	1010	Sur. Ingen albumen eller Blod. Sidste Portion helt klar, strågul med små Fnug, der give Bundfald af guliggrå Farve. Langt färre Cylindre end tidligere. Talrige Urinsyrekrystaller, enkelte cylinderformede Urinsyreophobninger. En Del röde, få hvide Blodlegemer.
17	2200	8	1012	Färre Cylindre; iövrigt som d. 16/10; desuden nogle Epitelcylindre og degenererede Pladeepitelceller.
18	2900	8	1011	Meget fin Albumenring ved Hellers Pröve. Ingen Blod.
19	1950	7	1010	Klar, strågul. Tydeligt albumen; svagt Blod.
20	2000	7	1010	Ved Henstand normalt udseende Urin med svävende Sky; dog albumen.
21	1750	8	1012	Svagt albumen og Blod.
22	1250	8	1012	
23	1950	8	1011	
24	1800	7	1010	Svagt sur. Önsker: Sodavand.
25	1650	7	1012	
26	2000	8	1011	Urinen holder sig klar, men kun svagt sur. Seponat Sodavand.
27	1500	6	1019	
28	2000	8	1012	Fremdeles påfaldende klar Urin, skjönt der er Gangrän af Nyrevävet. Dette indeholder diplococci, Baciller og Bacilkäder.
29	2600	8	1012	
30	2100	8	1011	
31	2000	8	1011	
November.				
1	1600	7	1012	Klar, gul; let skyet Bundfald. Ingen albumen eller Blod.
2	1250	6	1012	
3	1650	7	1012	
4	1850	8	1010	
5	1900	8	1012	
6	1800	8	1010	
7	1600	8	1011	

Datum.	Urinmängde i Kcm.	Antal Gange pr Dögn.	Vägtfylde.	Reaktioner m. m.
November.				
8	1375	6	1012	
9	1750	8	1012	
10	1700	7	1011	
11	1450	5	1010	
12	1500	5	1011	
13	1300	5	1011	
14	1400	5	1011	
15	1600	6	1012	
16	1800	6	1012	
17	1150	5	1012	
Diurese og Vägtfylde holdt sig fremdeles omkring de nävnte Tal; ligeledes Tallene for, hvor mange Gange han kvitterede Urinen i Dögnet. Her anföres derfor kun om Reaktionerne.				
21	—	—	—	Urinen holder sig klar, sur. Ingen albumen, Blod eller Sukker.
25	—	—	—	Som den 21de.
December.				
7	—	—	—	Albumen ved Hellers Pröve.
8	—	—	—	Ingen albumen.
11	—	—	—	Ingen albumen.
22	—	—	—	Albumen.
26	—	—	—	Sur; ingen albumen eller Blod.
27	—	—	—	Sur, indeholder pus: der er nogen Smerte i urethra ved Urineringen.
30	—	—	—	Atter normal.
Januar.				
3	1475	11	1014	Smerter i höjre Renalegn, Skären ved Vandladningen; hyppig Urinering; alt i Löbet af 4 à 5 Timer.
4	1575	7	1015	Temperatur $\frac{41}{39,1}$.
5	1675	6	1015	Ret stärk Albumenreaktion og Blod. Ingen Cylindre, en Del röde og hvide Blodlegemer, en Del Urater.
6	835	9	1014	Sur, stärkt plumret af Urater. Albumen, men ikke Blod eller Sukker. Ingen Cylindre.
Under Brug af bicarbonas natricus ere Tilfäldene d. $^{9}/_{1}$ 1895 som för denne lille Episode.				

Datum.	Urin-mängde i Kcm.	Antal Gange pr Dögn.	Vägt-fylde.	Reaktioner m. m.
Januar.				
15	1150	6	1014	Nevtral; albumen, men ikke Blod eller Sukker.
17	1150	6	1015	Ikke tydeligt albumen. Stärk sur. Smerter i urethra igen. Cont. Bicarbonas natricus.
21	1025	5	1013	Nevtral, ved Henstand sur. Ingen albumen, Blod eller Sukker.
23	1300	6	1014	Ingen albumen.
28	1025	4	1014	Atter Smerter, Tenesmi. Urin diffus uklar, alkalisk, hvorfor Seponat. Sodapulver.
29	1300	8	1013	
31	1000	5	1013	Sur; ingen albumen.
Februar.				
4	1050	4	1013	Klar. Ingen Smerter. Antydning af Albumenring ved Hellers Pröve. Velbefindende.

Udskrives d. 5/2 1895.

Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.

Om dissekerande hjärtanevrismer.

Patologisk-anatomisk afhandling.

Af

ARTUR VESTBERG.

Med 2 taflor.

(Forts. från n:r 26.)

V.

Kasuistik.

A. *Fall, intagande hela spat. peri-aort. cordis* (1 fall).

1. H. ARNOTT[1]). 1868. *Anevrism från vänstra kammaren, slingrande rundt om aortaroten.*

Kvinna, åldern ej angifven, med uterus-kräfta. Dessutom symptom af hjärtsjukdom: känsla af beklämning i bröstet, andnöd, tillfällig hjärtklappning. Abnorm dämpning öfver 2:dra och 3:dje refbensbrosken, nående till högra sidan af sternum; starkt systol. blåsljud öfver hela bröstet, starkast vid hjärtbasen; starkt fremissement; förlängdt arterielt diastole. Långsam död utan vidare hjärtsymptom.

Sektion. Från öfre delen af vänstra kammaren bakom och under aortamynningen utgick en vid ficka, som sträckte sig bakåt, uppåt och till vänster, med en öppen mynning af 5 cm. diameter. Endokardiet syntes här ogenomskinligt och förtjockadt, men ingen bestämd lesion kunde upptäckas. Öppningen ledde in i en, fyra finger (5—7 cm.) vid kanal, som sträckte sig rundt om aortaroten, så att den bildade ett omfångsrikt utsprång ofvanpå hjärtbasen och omgaf kärlet som en fullständig ring. Midt emot centrum af lungarteren syntes en fåra antyda en förut varande delning af den långa säcken i tvänne mindre och väckte i förstone tanken på ursprunglig bildning af två självständiga cystor, som öppnat sig i hvarandra och därpå i kammaren.

Emellertid syntes intet tvifvel förefinnas om fallets rätta natur: en mycket ovanlig form af anevrism från vänstra kammaren af ganska betydlig ålder. Dess väggar voro 4—6 mm. tjocka, fibrösa, i stor utsträckning förkalkade och besatta med benplattor och brosklik massa, så att den i hjärtsäcken inskjutande valken hade benhård fasthet. Kanalen var nästan fyld af fast, adherent, lagradt fibrin med ett centralt lager af färskare, röd trombmassa. Sannolikt hade knappast något blod funnit väg till anevrismet under sista tiden. Vänstra kransarteren gick normal och öppen öfver anevrismet, den högra hade däremot förträngts af detta, möjligen alldeles tilltäpts 2,5 cm. från ursprunget. Mynningarna till aorta och lungarteren samt förmakskaviteterna betydligt förträngda af anevrismet. Hjärtat för öfrigt friskt utom någon hypertrofi af vänstra kammaren. Ingen perikardit. Ringa ateromatös förändring i aorta. Mikroskopisk undersökning visade ingen degen. af hjärtköttet; inga spår af parasitära bildningar (hydatid structure) i anevrismets innehåll. — A. anser fallet vara för gammalt att döma om naturen af de tidigare förändringarna men ser i PELVETs fall (n:r 44) med ulcerös perforation af endokardiet och efterföljande utbuktning af öfriga väfnader en motsvarighet till sitt eget i tidigare stadium. Frånvaro i detta af lesion hos endokardiet vid mynningen förklaras af förändringens ålder. — Från öfriga organ märkes: cancer uteri, färsk peritonit, hydronefros (? »sacculation of both kidneys»), akut pnevmoni, lemningar af gammal tuberkulos i lungorna.

Anevrismet synes icke kunna förklaras på annat sätt än genom antagandet af en enorm utspänning af hela spatium peri-aorticum; den förträngning, som först troddes tyda på ursprunglig uppdelning i två kaviteter, motsvarar uppenbarligen isthmus spatii. (Ref.)

B. *Fall, belägna i förmaksdelen af spat. peri-aort., inklusive förmaksseptum* (25 fall).

2. ROKITANSKY [69]). 1844.

Som exempel på ruptur af ett *akut hjärtanevrism* anför R. (a. st., s. 458) följande fall.

»I hjärtat från en 9 år gammal gosse med mycket dilaterad och hypertrofisk vänster kammare och ett särskildt å septum mycket förtjockadt endocardium finnes på öfversta delen af septum strax under aortaklaffarna ett ärtstort, trasigt (gerissenes) hål, hvilket leder till en nötstor säck. Säcken, som uppstått genom utgräfning (Aufwühlung) i hjärtköttet, är belägen i förmakens skiljevägg och utbuktar mot högra förmaket med en hampfröstor bristning i sitt bakre omfång.»

R. anmärker i detta sammanhang, att bristningen af de akuta hjärtanevrismerna högst sannolikt i de flesta fall betingas af samma moment, som förorsakat deras uppkomst, d. v. s. inflammation och inflammatorisk uppluckring af väfnaderna, varbildning i hjärtköttet.

Från en mynning med angifvet läge kan anevrismet ej inkomma i förmaksseptum utan att först uppklyfva högra delen af spatium atrio-aorticum. Synes hufvudsakligen hafva legat i det senare. (Ref.)

3. TODD [80]). 1846. *Fall af dissek. hjärtanevrism.*

36-årig brännvinssupare. Blodhosta; dyspné, därpå orthopné; delirium; icterus; hydrops universalis; lefverförstoring. Puls 112, svag, celer (hüpfend); blåsljud vid hjärtspetsen, på 2:dra dagen också vid basen. Ägghvita i urinen.

Sektion. Dilatation af bägge hjärtkamrarna, hypertrofi af den vänstra; mitralinsufficiens. Strax ofvan aortaursprunget en kanal från aorta till (vänstra) kammaren; därsammastädes ett nötstort anevrism, som bildade framsprång i högra förmaket (Hof). — Aorta ateromatös. Lunghyperemi, apoplekt. härd i ena lungan.

Synes ha legat i högra delen af spat. atrio-aort. (Ref.)

TODD anför 2 liknande fall, nämligen ett af BEAUCHENNE [2]) samt HANNAS fall (kas. n:r 49).

BEAUCHENNES fall refereras af DURAND [11]), s. 16, sålunda:

30-årig man. 3—4 uns serum i hjärtsäcken; hjärtat mycket dilateradt. Anevrism af en stor valnöts omfång, inmynnande i aorta omedelbart ofvanför bakre aortaklaffen. Anevrismsäcken bildade ett mycket ringa utsprång i hjärtsäcken, låg nästan fullständigt innesluten i förmaksseptum och utbuktade i båda förmakskaviteterna, något mer i den vänstra än i den högra. Den företedde 4 små utsprång, hvilka uppfattades som sekundära anevrismer.

BEAUCHENNES fall synes ha varit ett vanligt anevrism.

4. PEACOCK [54]). 1846. *Fall af partielt hjärtanevrism.* — (A. st., fall 2, s. 276).

35-årig kvinna, utsväfvande, alkoholist, hade gjort fosterfördrifningsförsök med stor dos af ett kvicksilfverpreparat. Reumatiska smärtor ett par månader före döden. Sista tiden: affektion i knäleden, delirium tremens, tillfälliga anfall af svår andnöd.

Sektion. Hjärtsäcken utspänd af opakt, gulfärgadt serum, färsk exsudatbeläggning, mäktigast på förmaken, kärlstammarna vid hjärtat och öfver loppet af kransartererna. Hjärtats kaviteter och väggar af normala mått. Öfriga klaffar friska, man aortaklaffarna mycket förändrade, mest den bakre, därnäst den högra, den vänstra i mindre utsträckning. Förändringen bestod i fibrinösa beläggningar, uppmjukning till ytterlig skörhet samt perforerande rupturer af klaffarna. Genom aflossande af den högra och af den bakre klaffens baser från deras fästen vid fibrösa zonen hade bakom hvardera klaffen uppkommit en kavitet, som i förstone togs för en dilatation af motsvarande sinus Valsalvæ. Kaviteten bakom högra klaffen stod genom en liten öppning vid klaffbasen i kommunikation med vänstra kammaren. Båda

dessa säckar vid aortaursprunget kommunicerade med en kavitet belägen i förmakens väggar. Denna kavitet var tvårummig till följd af partiel uppdelning genom förmaksseptum. Den bildade ett särskildt utsprång i hvardera förmaket. Dess båda afdelningar rymde hvardera en större hasselnöt och syntes vara beklädda af en särskild väggmembran. De innehöllo var, blandadt med koaguleradt blod. De delar af förmaksväggarna, som begränsade säckarna mot förmakskaviteterna, voro mycket förtjockade genom ödem, under det att på den yttre eller hjärtsäckssidan varet syntes genom den förtunnade abscessväggen.

Ökning af subaraknoidalvätskan, annars intet abnormt från hjärnan; lungor friska, måttlig hydrops i h. plevra.

PEACOCK antager som sannolikast en varig inflammation af förmaksväggarnas muskelsubstans i samband med den reumat. infl. i lederna, varets framträngande mot fästet för förmak och kamrar med perforation af kammarseptums bas och genombrott till vänstra kammaren under högra aortaklaffen samt dess vidare inträngande bakom den högra och den bakre klaffen till motsvarande sinus Vals. Perikarditen sekundär till abscessen. Genombrotten i kammaren och i aortaursprunget anses ungefär samtidiga med den letala förstöringen af bakre klaffen, men om lifvet fortvarat, skulle blodet dels från vänstra kammaren under systole, dels från aorta under diastole inträngt i de förut bildade kaviteterna, i senare fallet med regurgitation till kammaren, och en liknande förändring uppkommit som i HOPEs fall (n:r 40—43) »hvilka THURNAM betraktar som analoga till de s. k. dissekerande anevrismerna i artererna». P. anser således här ännu icke ett anevrism utan en abscess föreligga, men han ser i fallet det närmaste stadium till anevrismbildning ur brusten abscess, som iakttagits, och således ett bevis för detta uppkomstsätt hos hjärtanevrismer (anf. st., s. 275).

Antagas två ursprungligen skilda abscesser i spat. atrio-aort. eller två skilda inbrott af blodet till detta genom den vid klaffästena brustna aortaroten, låter fallet mest otvunget förklara sig, nämligen som ett interstitielt anevrism i spat. atrio-aort. framför de förtjockade(!) förmaksväggarna och omedelbart under det genomskinliga epikardiet. (Ref.)

5. JANSEN. [29]) 1853. *Ovanlig form af anevrism i sinus Valsalvae.*

55-årig man, arbetare. Kakexi; kron. ulcerationer i fot; erysipelas kring såren och öfver vänstra armbågsleden en månad före döden; senare smärtor i höger axelled och arm, ödem i hand och underarm; feber blott i början; bronkit; normal cirkulation och respiration. Plötslig död efter kortvarig beklämningskänsla.

Sektion. Hjärtat af vanlig storlek och fasthet. Ost. art. sin. något vidgadt, liksom aorta ascend. Högra och vänstra aortaklaffarna kroniskt förtjockade. Bakre klaffen ovanligt degenererad och mycket förtjockad, båda dess ytor skrofliga och korniga; den består af en gulhvit, skör massa (mikroskopiskt: fettdroppar och kornig substans). Liksom en af de förut nämnda klaffarna har den i närheten af fria kanten en

oregelbunden öppning. Klaffranden ej förlängd, men klaffickan förstorad och nedåt nående 2 linier under de andras nivå. Mellan den bakre och den högra klaffen är ostiets vägg delvis skroflig genom endokardiets afstötning, här synas två i midten intryckta förhöjningar.

Den del af aortaväggen, som motsvarar bakre klaffen, är starkare hvälfd utåt och företer i närheten af klaffen en rundad öppning, som leder in i en bönstor, oregelbunden, säckformig håla, delvis fyld af blod och fibrin. Denna håla ligger å ena sidan mot arterväggen mellan 2 valvulæ sigm. och har här en liten, genom fibrin sluten öppning, å den andra förlänger den sig mot högra förmaket, där den inbuktar väggen som en vårtformig kropp af 1,1 tums längd och omkring 0,4 tums bredd, belägen strax ofvan valv. tricusp., »hinten neben der Scheidewand». Vid basen af den säcklika inbuktningen, hvars vägg är »måttligt tjock», finnes en liten remna, sluten af en blodpropp och ledande till en rund öppning i förmaksväggen. En sond, införd genom kavitetens andra mynning i arteriela ostiet, utkommer genom nyssnämnda öppning i högra förmaket. Strax under sist nämnda parti, i vinkeln mellan trikuspidalklaffen och högra kammarens vägg synes en ärtstor förhöjning, hvilken kan intryckas, som vore den väggen till en håla (förlängning af anevrismet i sept. ventr.). Klaffen är i omkretsen och senornas vidfästningspunkter förtjockad och ojämn. För öfrigt är högra hjärtat normalt. Under den stora säckformiga hålan ligger i bindväfven mellan arter och förmak en ärtstor, gulgrå, grötig massa, som till största del består af var och en kornig substans (abscess? infekterad tromb? V.).

Vänstra kammarens endocardium på några ställen förtjockadt. Främre mitralfliken förtjockad i närheten af sin fria kant. Dess förmaksyta visar flere vårtiga förhöjningar, särskildt längs vidfästningsranden, delvis halfärtstora. Dessa förhöjningar, åtminstone några af dem, äro blåsformiga upplyftningar af endokardiet, som låter aflösa sig i flere lager. Därunder ligger på många ställen en gulaktig, fast (mikroskopiskt: mestadels kornig, delvis trådig), på andra en grötig, af varkoppar bestående massa. En af dessa förhöjningar är en begränsad, säckformig hvälfning af klaffmembranen med sprickformig öppning på toppen. På kammarsidan af denna klaffdel leder en afrundad, trekantig, trattformig öppning till nyss nämnda säckformiga hvälfning. Blott i omkretsen af denna öppning är endokardiet något skrofligt. Aorta ateromatös.

Den plötsliga döden anses bero på det från aorta utgångna anevrismets bristning till högra förmaket.

Det med en »hals» på aorta sittande anevrismet är väl med största sannolikhet att uppfatta som ett akut, dissek. anevrism i högra delen af spat. atrio-aortic. efter ulcerös perforation af aortaroten i botten af sinus Vals. Theile[75]) anser, att klaffanevrismet i mitralis uppkommit genom varbildning mellan klafflamellerna och varets genombrott åt undre ytan, hvarpå blodet under systole inträngt mellan lamellerna och säckfor-

migt lyftat den öfre. Enligt denna uppfattning, som stödes af de multipla subendokardiala härdarna på samma klaff, skulle här äfven föreligga ett interstitielt klaffanevrism.

6. HABERSHON [20]). 1855. *Falskt anevrism i vänstra kammaren.* 23-årig kvinna. Utsväfvande. Lindrig reumatism i knäet. Gonorré? Diastoliskt biljud öfver aortaklaffarna. Sedan akut reumatism, turbulent hjärtverksamhet, dofva hjärttoner. Fyra sista dagarna våldsam dyspné, »whith a rolling action of the heart».

Sektion. Serös perikardit med färsk fibrinbeläggning vid hjärtbasen nära vänstra kammarens öfre del. Härstädes, tätt till vänstra hjärtörat, ett rundt utsprång. Hjärtat något förstoradt. Mitralis frisk. Rundt aortamynningen sträckte sig ett band af färska vegetationer. Vänstra klaffen nästan förstörd, ersatt af vegetationer, de öfriga friska. Bakom den sjuka klaffen och just vid mynningen af kransarteren fans en liten ficka, som kommunicerade med en oregelbunden kavitet »i kammarens substans» af $^1/_2$ tums utsträckning bakom (främre fliken af) mitralklaffen och uppåt nående till aorta. Den var nära att genombryta till hjärtsäcken. Kaviteten hade ingen bestämd vägg, den innehöll en oregelbunden fibrinmassa, som var insmält i centrala delen och fyld med hafflytande var. En del sådan vätska, som var af rödaktig färg, fans också på utsidan af tromben; konstaterades mikroskopiskt som var. Första delen af kransarteren gick längs öfver den öfre delen af kaviteten. Säcken mynnade ganska fritt in i aorta. Fettdegen. af myokardiet. — Akut endokardit syntes ha stött till en kronisk förändring, ulceration bakom aortaklaffen hade följt därpå, och blodutgjutning skett »into the substance of the heart». — För öfrigt fans: dubbelsid. serös plevrit, lungödem, stark bronkit, infektionsmjälte m. m.

Det falska anevrismet måste ha legat i vänstra delen af spat. atrio-aort. och dess mynning samt nedträngde möjligen därjämte något mellan klafflamellerna af mitralis' främre flik. (Ref.)

7. QUAIN [64]). 1856. *Falskt hjärtanevrism, kommunicerande med aorta och sannolikt äfven med högra förmaket och hjärtats yta.*

65-årig f. d. marinsoldat med utsväfvande lefnadssätt. Intogs på sjukhus för diarré och afled 14 dagar därefter. Hade ej företett symptom af hjärtsjukdom.

Sektion. Hjärtsäcken utspänd af blodigt serum. Hjärtat vägde 510 gm. Fastsittande på platsen för en af aortaklaffarna, döljande denne, fans en vegetationslik massa af en half valnöts storlek. En af de angränsande klaffarna var äfven delvis innesluten; denne och den fria klaffen voro förtjockade och fasta.

Den vegetationslika massan bestod af lefrad blodmassa med ett tunt skal af fibrin och befans sammanhänga med ett sönderfallande blodkoagel (some broken down clot), inneslutet i vänstra kammarens substans. Den i kammarsubstansen inneslutna massan

var hasselnötstor och sträckte sig mot högra förmaket, hvars vägg den sköt uppåt och inåt, så att den blef synlig i förmakskaviteten som en liten mörkfärgad förhöjning. En sannolikt intravital perforation fans här. Härden sträckte sig också utåt och blef synlig mellan vänstra kammaren (aorta? Ref.) och högra förmaket. »Härifrån syntes exsudationen af blodigt serum i hjärtsäcken hafva skett, ty membranen (epikardiet, Ref.), som betäckte härden (this clot), var ytterligt tunn». Mikroskopisk undersökning af härdens vägg tätt intill den mest förändrade klaffen visade tecken af kron. inflammation: nybild. bindväf, degener. muskeltrådar, fettdetrit (fatty matter) och granula. Förf. tänker sig förloppet så: kron. infl. i aortaklaffarna med starkare förändring af en bland dem och i angränsande hjärtsubstans med uppmjukning af denna, hemorragi, bildning af ett falskt anevrism, (secundär?) kommunikation mellan detta och aorta, tilltäppning af mynningen genom den vegetationslika trombmassan med hämmande af vidare blödning. — Öfriga organ: lefvercirros, granulär njuratrofi.

Perforationen af aortaväggen (aortaroten) är väl det primära. Hematomet (det falska anevrismet) ligger i högra delen af spat. atrio-aortic. och får sin förklaring först genom detta rum. Bristning till hjärtsäcken synes ej ha förefunnits. (Ref.)

8. SHILLITO[73]). 1858. *Ulceration af aortaklaffarna med anevrism vid deras baser.*

Köpman. Reumat. feber för 16 år sedan. Sedan 3 mån. symptom, som mycket liknade frossans. Sängliggande 1 mån. före döden. Intet sjukligt från hjärtat eller andra inre organ. Puls 68, full, regelb. Kina utan effekt. 16 dagar före döden svår prekordial oppresion under ett anfall och snart därefter de första hjärtsymptomen: puls 100—130 (vid anfall), dikrot; hastigt tilltagande systoliskt blåsljud, starkast öfver 3:dje högra refb.-br. vid sternum; diastoliskt biljud. Ofta smärta och oppresion i hjärttrakten, åtföljda af svår dyspné. Några dagar senare: betydligt starkare blåsljud, betydligt ökad hjärtdämpning, smärtan ökad under anfallen, af slitande karakter, delirier. Puls och subj. befinnande förbättrades några timmar före döden, men en våldsam kramp tycktes snart angripa hjärtat, och döden följde inom 2 timmar.

Sektion. (Pat.-anatom. beskrifning af PEACOCK.) Hjärtat förskjutet åt vänster och nedåt, ansenligt förstoradt, vikt 510 gm. Omkring 300 gm sangvinolent vätska i hjärtsäcken. Hjärtytan belagd med ett tunt lager färskt exsudat, i synnerhet vid basen. Högra ost. venos. och arterios. mycket vida, mitralostiet något litet. Aortamynningen blott $^2/_3$ af vanligt omfång. Båda kamrarna högeligen förstorade, den vänstra därjämte mycket hypertrofisk. Vänstra förmakskaviteten mycket reducerad genom en tumör af $^1/_2$ ankäggs storlek, hvilken inskjuter från främre väggen; i dess topp en öppning af ett 3-pennys storlek (16 mm. diam.). Den fria mitralfliken förtjockad, mynningen genom tumörens tryck sannolikt hindrad från exakt slutning. Aortaklaffarna och basen af vänstra kammaren betydligt förändrade. Högra

klaffen retraherad, kanten förtjockad och indurerad, motsvarande sinus mycket förminskad. Bakre och vänstra klaffarna förstörda, ersatta af en fast massa, hvilken framsköt som ett betydligt hinder för blodströmmen från kammaren, under det klaffmembranen fläckvis fattades, så att en sond genom mjuka fibrinaflagringar kunde införas från aorta i kammaren (insufficiens). Under aortamynningen fans en lång men smal öppning, som ledde in i en kavitet, belägen mellan semilunarklaffarna och det fria mitralseglet. Denna kavitet var utgräfd »i vänstra kammarbasens substans» på dess vänstra och bakre sida samt framsköt i vänstra förmaket, bildande den beskrifna tumören. En sond kunde lätt införas från vänstra kammaren genom öppningen in i kaviteten och vidare in i vänstra förmaket; men ehuru klaffarna också voro perforerade, fans ingen direkt kommunikation mellan kaviteten och aorta. Kaviteten var nästan fyld af delvis dekolorerade blodkoagel, »och ventrikelsubstansen rundt om hade undergått fibro-kartilaginös degeneration, var blek och starkt indurerad». Aorta något dilaterad, eljes normal. — Brandig abscess i större delen af högra lungans nedre lob, 200—250 gm blodigt serum i lungsäcken; lefvern något förstorad: mjälten stor, innehöll liksom njurarna infarkter.

PEACOCK antager ett gammalt klaffel bestående i sammanväxning o. s. v. af vänstra och bakre aortaklaffarna, med progressiv stenos af ostiet och samtidigt med detta en långsam perforation af kammarbasen, tils slutligen anevrismkaviteten bildades. Därefter har en akut endokardit i kammarbasen tillkommit med förstöring af vänstra och bakre aortaklaffarna. P. medger dock möjligheten att förändringen i sin helhet kan vara af färskare ursprung, liksom den otvifvelaktigt fortskridit mycket hastigt mot slutet. Hade lifvet varat längre, skulle anevrismet brustit äfven till hjärtsäcken, lika väl som till förmaket.

Det i fråga varande anevrismet är antagligen ett dissek. an. i spatium atrio-aorticum. Den fibro-kartilaginösa degenerationen och indurationen af ventrikelsubstansen kring anevrismet är något dubiös, då kammarväggen här redan normalt är senig. Denna förändring behöfver i alla händelser ej ha inträffat efter anevrismbildningen, som möjligen är sekundär till den akuta endokarditen. (Ref.)

9. OGLE [53]). 1858. *Anevrism, bildadt genom adhesion af fibrin till kanterna af ulcerös perforation; kavitet i hjärtväggen, sammanhängande med det förra.*

24-årig soldat. Ingen uppgift om föreg. hjärtlidande eller reumatisk feber. Intogs för gonorré och fick under behandlingen för denna symptom af elakartad scarlatina, därpå af pnevmoni och plevrit samt slutligen af endo- och perikardit. De sista 9 dagarna svår smärta i hjärttrakten. Hjärtdämpn. nådde från klavikeln till närheten af 7:de refbenet. En egendomlig, skarp knäpp (*click*) hördes vid slutet af första tonen, tydligt skild från den andra, som var normal, genom det vanliga intervallet. 5 dagar före döden var pulsen mjuk, frekvens 96, blef därpå oregelbunden och intermittent; dagen före döden frekv. 148.

Sektion. Mynningen till den säcklika kaviteten i fråga var sexpenny-stor (19 mm. genomsk.) och belägen mellan föreningen af två aortaklaffar. Kanten omgifven af framspringande färska fibrinmassor, som också adhererade till kammarytan af de närbelägna aortaklaffarna. Kaviteten, hasselnötstor, buktade bakåt in i vänstra förmaket och var tom, blott ett fast fibrinlager på väggen. I samband med denna kavitet, på dess vänstra sida, fans midt i hjärtväggen en liten exkavation, som innehöll litet mjukt, smältande, fibrinöst material. Denna kavitet syntes vara framkallad genom ulceration.

Färskt fibrin var aflagradt på alla hjärtats klaffar, ehuru i mindre mängd på den högra halfvans. Mycket färsk fibrinbeläggning på hjärtats yta. Högra kammaren dilaterad med förtjockad vägg.

Infarkt med varig smältn. + pnevmoni i vänstra l. Mjältinfarkt. Mesenterialkörtlar betydligt förstorade.

Förf. antager en ulcerös perforation af mitralflikens bas, adhesion af fibrin till hålets kanter på förmakssidan med sekundär tillslutning af hålet samt fibrinets exkavation till ett falskt anevrism genom blodtrycket. (Jfr OGLE [52]). Anser hela förändringen uppkommen under sista sjukdomen, sannolikt närmast beroende på scarlatinan.

Hufvudkaviteten kan möjligen ha varit ett vanligt akut klaffanevrism eller troligare ett interstielt anevrism i spat. atrio-aort., men kaviteten »in the middle of the heart's walls» kan väl på denna plats ej gärna förklaras annat än som belägen i spat. atrio-aortic. (Ref.)

10. PEACOCK [57]). 1861. *Litet anevrism vid basen af vänstra kammaren.*

27-årig man. Sedan någon tid dyspné, hosta, vattsot; plötslig död med symptom af akut affektion i larynx.

Sektion. Jämte den sjukliga förändringen i larynx (hvarom intet meddelas) befans hjärtat högeligen förstoradt, vikt 480 gr. Dilat. af alla hjärtkaviteter med hypertrofi af vänstra kammaren. Mitralostiet mycket förträngdt, klafflikarna starkt förtjockade och indurerade. Äfven aortamynningen betydligt förträngd med mycket förtjockade, sammansmälta och indurerade klaffar. Under det förenade fästet för den vänstra och den bakre klaffen fans en liten halfmånformig öppning med förtjockade och indurerade kanter, ledande in i en kanal, som öppnade sig till en hasselnötstor anevrismatisk säck. Säcken låg på utsidan vid aortas början och framkallade genom sitt tryck en liten inbuktning af aortaväggen å ena sidan och af förmaket å den andra.

P. anser, att förändringarna i mitral- och aortaklaffarna börjat intrauterint eller vid mycket ung ålder och påstår, att det ej är ovanligt att vid liknande fall af mycket betydlig och gammal aortastenos en utbuktning af vänstra kammarens vägg, t. o. m. ett utprägladt anevrism, som här, kommer till stånd vid basen af aortaklaffarna. Stundom går en kanal från kammaren till aorta på utsidan af de sjuka klaffarna. Det kan då vara tvifvelaktigt, om förändringen

börjat som ett anevrism från aortas ursprung *eller som en perforation från kammaren*, hvilken öppnat sig i aorta. P. anser det senare vara det vida vanligare.

Mynningens form och kanternas beskaffenhet antyda äfven i detta fall en (gammal) perforerande ruptur hvadan anevrismet, som ligger i spat. atrio-aortic., torde ha uppkommit som dissekerande. (Ref.)

11. HÉRARD [23]). 1865. *Endocardite ulcéreuse à forme pyohémique.*

20-årig flicka. Förut alltid frisk, insjuknade hon omkring 5 veckor före döden häftigt med frysningar, hufvudvärk, ledsmärtor och feber. De reumat. smärtorna upphörde, men de öfriga symptomen försvårades efter tillfällig lindring. Vid inkomsten på sjukhus omkring 3 veckor före döden: systoliskt, sträft blåsljud öfver hjärttrakten, starkast vid basen. Puls liten, frekvent. Prekordialsmärtor. Pulsen blef sedan ytterligt frekvent, tidvis periodisk. Feber med starka frysningar. Kräkningar, diarré. Tillståndet försämrades, tilltagande andnöd och prekordialångest, död under kväfningssymptom.

Sektion. Hjärtsäcken starkt utspänd af sero-purulent exsudat, båda bladen tjockt belagda af psevdomembraner. Hjärtat af ungefär normalt omfång, muskulaturen fettdegenererad. Omedelbart under en aortaklaff fins en oregelbunden ulceration, som åstadkommer en abnorm kommunikation med högra förmaket. Kanterna af såret äro på kammarsidan betäckta med fibrinösa vegetationer. Den öfverliggande klaffen förtunnad, perforerad på flere punkter. De öfriga klaffarna, liksom aorta och öfriga delar af vänstra hjärthalfvan friska.

På förmakssidan är öppningen mindre, regelbundnare, fibrinbeläggningarna svagare. Ofvanför denna mynning finnes en i förmaket framspringande körsbärsstor tumör med blodigt innehåll. Denna tumör gränsar till den nyss nämnda kommunikationskanalen, likasom en annan, likaledes blodhaltig men vida större tumör, belägen i bindväfsrummet (l'espace cellulaire) som förenar förmaket med aorta. Blodet, som kontinuerligt trängt sig genom perforationen i endokardiet, synes ha undanträngt väfnaderna ofvanför den ulcerösa fistelgången och på sätt och vis bildat ett dubbelt anevrism. — Lungorna ödematösa, hyperemiska med en liten tuberkulös härd i den enas spets. Början de fettdeg. af lefvern, cirkumskript, fibrinös perihepatit. Mjälten lindrigt förstorad. Fettdeg. af njurarna. Ruptur och hematom i musculi recti abdom. Pachymeningitis int. hæmorrh. Öfriga organ friska.

Ulcerös perforation af kammarväggen för spat. atrio-aort., inträngande af blodet i två riktningar inom spatiet (kanske efter dubbel abscessbildning — jfr PEACOCKS fall n:r 4) med bildning af dubbelt dissekerande anevrism, slutligen genombrott äfven af förmaksväggen midt emot det primära perforationsstället i kammarväggen. — Obs. »l'espace cellulaire», jfr historik, s. 36. (Ref.)

12. JACCOUD [28]). 1866.

Kvinna. Några få dagar före döden inkom pat. med ytterligt svag och ytterst frekvent hjärtvärksamhet. 2 dygn senare var den långsammare; vid hjärtbasen dubbelt blåsljud: 1) systoliskt, sträft, täckande första tonen och intervallet till den andra; 2) diastoliskt, kortare, mjukare; vid spetsen likaledes 2 blåsljud men af annan kvalitet och annan duration. Diagnos: lesion af aortakl. + förändring i mitralis.

Sektion. Insuff. och stenos i aorta. Mitralis och högra hjärthalfvan normala. Vid basen af vänstra kammaren ett valnötstort anevrism, hvilket utvecklat sig i det inre af förmaks- och kammarskiljeväggarna (dans l'épaisseur des cloisons inter-auriculaire et inter-ventriculaire). Det var synligt utanför aorta, som täckte detsamma på dess framsida. Anevrismet kommunicerade genom 2 öppningar å ena sidan med vänstra kammaren å den andra med aorta. — I anevrismets patogenes anses stenosen i aorta mynningen ha spelat en rol. Det dubbla blåsljudet vid basen anses bero på förändringen i aortaklaffarna, de båda vid spetsen på anevrismet.

I både sept. atriorum och sept. ventr. kan samma interstitiela anevrism ej ligga utan att samtidigt intaga mellanliggande högra del af spat. atrio-aortic., där också detta synes till hufvudsaklig del ha varit beläget (»synligt utanför aorta som täckte detsamma på dess framsida»). Jfr anm. till ROKITANSKYS fall (n:r 2). (Ref.)

13. GOODFELLOW [18]). 1872. *Anevrism från vänstra kammaren tätt intill fästet för en aortaklaff.*

48-årig man, portvakt. Sjuknade 1/2 år före döden med hjärtklappning, anfall af andnöd och smärta i hjärttrakten, hvilka symptom fortforo med tilltagande styrka. Anasarca. Puls 64, tillfälligt intermittent, celer (jerking). Lyftning af hela framsidan af bröstet för hjärtimpulsen; starkt systoliskt blåsljud och diastolisk suddighet, snart öfvergående i blåsljud, starkast hörbara midt på sternum i jämnhöjd med 3:dje refbensbrosket. Båda blåsljuden hördes öfver carotis och subclavia. Albuminuri. Blodigt expektorat.

Sektion. Hjärtat hypertrofiskt, dilateradt, specielt vänstra kammaren. Aortaklaffarna förtjockade och besatta med vegetationer; den mot främre mitralfliken svarande klaffen ulcererad och delvis aflossad. Mellan dess vidfästningsrand och mitralklaffen fans mynningen till ett anevrism af 1/2 tums genomskärning. Säcken hade konisk form samt uppsteg mellan bakväggen af aorta och vänstra förmaket, som var starkt komprimeradt, böjde om framåt och slutade med en rundad ände, som sköt in i hjärtsäcken. Väggen var här genomskinligt tunn, tydligen på väg att brista. Ingen tromb i kaviteten. — Hemorrag. infarkter i ena lungan; stasmjälte, stasnjurar.

Öfverensstämmer till utgångspunkt och lokalisation nära med mitt eget fall. (Ref.)

14. RUD. MAIER [47]). 1875. *Fall af primär difteritisk endokardit.* 39-årig bryggardräng. Genomgått flere lunginflammationer och dubbelsidig plevrit. Insjuknade akut omkr. 3 veckor före döden: hög feber med dagliga frossbrytningar, håll i sidan (mjälttrakten), full hård, sedan hastig puls, dyspné; rassel, dämpn., bronkialresp. öfver högra lungan; sopor, meningeala retningssymptom, död.

Sektion. Hjärtsäcken utspänd af serös vätska; ekkymoser i epikardiet. Hjärtat stort, vänstra kammaren något hypertrofisk, conus arteriosus (dext.) vidgad. Pulmonalklaffarna i kanten, aortaklaffarna i sin helhet kroniskt förtjockade; de senare ateromatöst fläckiga med strimmiga och vårtiga förtjockningar på båda ytorna. Dessutom är kammarytan af aortaklaffarna grumlig och kornigt-strimmigt belagd. Aortalamellen i bakre klaffen dels afstött, dels lossnande, särskildt i fickans högra hälft. »Vänstra och bakre aortaklaffarna ulceröst perforerade på det ställe, där båda fickorna sammanstöta, och därifrån till midten af båda sträcker sig ett 1$^1/_2$ cm. långt, 1 cm. bredt hål, omgifvet af sönderflikade, såriga kanter. Förstöringen går djupt, och därifrån leder en kanal genom basen af sept. atriorum in i vänstra förmaket öfver basen af valvula bicuspidalis' främre eller aortaflik, hvilket ställe visar sig sprickformigt, nästan i 2 cm. utsträckning, sönderslitet.» Från detta ställe är endokardiet å förmakssidan af klaffseglet i riktning nedåt ytligt bladformigt aflossadt och grumladt. »Det ulcerösa rupturstället sitter alltså just i sammanstötningen af vänstra och bakre fickan, och perforationen går icke direkt inifrån utåt, utan snedt inifrån och uppifrån utåt och nedåt, bildande en ulcerös kanal, så att sept. atriorum icke, såsom annars måste varit fallet, perforeras något nedanför foramen ovale utan först öfver främre mitralfliken. Kanterna af kanalens aortamynning äro trasiga och förtjockade genom en delvis fibrinös inlagring, hela öppningen är rundad. I kanalen själf visar sig muskelväfnaden likaledes sönderslitcn och sönderklyftad, genomsatt af små fibrinfransar och klumpar. Förmaksmynningen däremot är sprickformig med skarpa ränder.» Den löper parallelt med ostiets periferi. Nedre kanten, tämligen rätlinig, motsvarar just basalpartiet af mitralfliken, den öfre mera ojämn af sönderslitning med finkornig och fibrinös inlagring. Nedåt från rupturstället är »tunica intima» på förmaksytan af klaffliken sönderslitcn och lösskalad från underlaget i utsträckning nästan ända ned till slutningsranden, så att den bildar en lösgjord, flotterande membran. Den nedre delen af denna membran föga förtjockad men grumlad, den öfre, som stöter till rupturstället, förtjockad med en trasig, tandad kant. Den öfriga delen af mitralklaffen erbjuder blott gamla förtjockningar, särskildt vid slutningsränderna och någon förtjockning af sensträngarna. Mikrosk. undersökning visade ulcerös endokardit med massor af mikrokokker, sådana också i »kanalens» muskelvägg. — I aorta ringa aterom. fläckighet. Svålig plevrit, lobulära pnevmonier i högra lungan; infekt.-mjälte, missbildade njurar; subkapsulär njurabscess med genombrott i njurbäckenet; utbredda extravasat i mjuka hinnan. — MAIER uppfattar fallet som en primär, akut, ulcerös endokardit, uppkommen i kron.

förändrade klaffar. »De djupa destruktionerna i hjärtat kunna väl ha hunnit utbildas under sjukdomens hela duration men svårligen på kortare tid.» På arten af de makroskop. förändringarna i hjärtat inlåter sig M. ej vidare.

Den »ulcerösa kanalen» torde svårligen kunna förklaras på annat sätt än såsom ett akut interstitielt anevrism i spat. atrioaortic. Kort innan blodet genom ruptur af anevrismet funnit aflopp i vänstra förmaket, synes det ha lössprängt det med förmaksendokardiet sammanhängande väfnadslagret (förmakslamellen) af främre mitralseglet, utan att här något dissek. anevrism hunnit utbilda sig. (Ref.)

15. LEROUX[39]). 1878.

18-årig skräddare. Sedan 2 månader gastriska och febersymptom. Gaf vid inkomsten på sjukhuset intryck af en tyfös sjuk. Starkt blåsljud i stället för första ton vid hjärtspetsen. De närmaste dagarna frossbrytningar, svettningar, stark remitterande feber, katarr i lungspetsarna, blodspottning. Tecknen på lungkatarr och tyfösa symptom förblefvo dominerande. Slutligen delirier; oregelbunden hjärtvärksamhet med biljud, usel puls. Död på 16:de dagen af observationen.

Sektion. Ulcerös endokardit i ost. aort. Bakre aortaklaffen på 2 ställen perforerad. Från det ena perforationsstället sträckte sig en anevrismatisk utbuktning dels åt sept. ventriculor. dels åt vänstra hjärtörat till. Den samma var delvis fyld med tromber och syntes vara utgången ur en abscess. Hemorragisk perikardit. — Hyperemi i lungorna; infarkter i mjälte och njurar.

Så vidt af det korta referatet kan slutas, synes fallet ej kunna förstås annorlunda än som ett akut interstitielt anevrism, hvilket från en ulcerös perforation af aortaroten vid bakre klafffästet utbredt sig åt båda sidorna därom uti spatium atrioaort. (V.)

16. V. BUHL[7]). 1880. *Subakut anevrism i hjärtbasen mellan bakre och vänstra aortaklaffarna.* — (Fall 3, anf. st., s. 260.)

Inga upplysningar om patienten. — Bakre aortaklaffen mycket trasig af ett brustet klaffanevrism; vårtiga vegetationer på rupturkanterna. Alla aortaklaffarna förtjockade. Mellan bakre och vänstra klaffen och åt v. bicuspidalis till befinner sig ett tvärrundt, äggformigt hål i endokardiet med skarpkantad, som med mäjsel uthuggen rand. Det utfyller nästan fullständigt vinkeln mellan båda klaffarna, medgifver bekvämt lillfingrets införande och leder in i en anevrismatisk säck, som utvändigt blåsformigt höjer sig vid aortaroten, mellan denna och v. hjärtörat. I säcken ligga tromblager. Väggen är ytterst tunn, bestående nästan blott af perikardiet, och nära sitt genombrott. Bicuspidalis' aortaflik, liksom v. aortaklaffen, fläckvis besatt med vegetationer. V. k. är i följd af långvarig aortainsufficiens excentriskt hypertrofierad. — Exempel på lokalisation mellan högra och

vänstra aortaklaffen af en anevrismbildande destruktion i följd af ulcerös endokardit. *Subakuta* betecknar V. BUHL detta och följande fall på grund af partiel läkning af endokarditen jämte färsk endocarditis (anf. st., s. 266).

Utbredning mot vänstra öppningen af spatiet. (Ref.)

17. V. BUHL. 1880. *Subakut anevrism i hjärtbasen mellan bakre och vänstra aortaklaffarna; genombrott till vänstra förmaket.* — (Anf. st., fall 4, s. 261.)

Vid ett (med det föregående) analogt fall af akut, partielt anevrism mellan bakre och vänstra aortaklaffarna och i basen af bicuspidalis' aortasegel tränger fickan utåt i två riktningar, framskjuter dels med storlek af en borsdorferrenett mellan aorta och vänstra förmaket med hotande genombrott till hjärtsäcken, dels med flere knölar och hvälfningar in i vänstra förmaket och har perforerat till detta.

Detta fall är till ursprung och läge nära besläktadt med mitt eget. (Ref.)

18. EWART[14]. 1880. *Intrakordialt anevrism i aortaroten, brustet till högra förmaket.*

36-årig man. Efter reumatiskt anfall var patienten sedan flere år tillfälligt utsatt för smärta i hjärttrakten, hjärtklappning och andnöd. Halftannat år före döden blefvo dessa symptom ständiga. $^1/_2$ år före döden mycket förstorad hjärtdämpning, sträft systoliskt blåsljud. Sista tiden tilltagande smärta i epigastrium och interskapularregionen, pulsation öfver hela hjärttrakten, dubbelt blåsljud vid hjärtbasen, det systoliska hörbart ända ner vid aorta abdominalis. Dödsorsak: tilltagande andnöd och kraftuttömning.

Sektion. Omedelbart under föreningspunkten för de två bakre aortaklaffarna en cirkelrund öppning nära $^3/_4$ engelsk tum (19 mm.) i genomskärning, ledande in i ett anevrism. Detta vidgade sig med ens till en rundad, obetydligt aflång kavitet, som sträckte sig utefter hela högra förmaket och betydligt förträngde detta bakåt. Det utbuktade uppåt under spetsen af högra hjärtörat, som vid sin bas var skildt från de stora kärlstammarnas ursprung, och slutade med ett något afplattadt utsprång i högra förmaket midt mellan mynningen af vena cava inferior och hjärtörat. Ett cirkelrundt hål, mindre än $^1/_4$ tum (6 mm.) i genomskäring fans på midten af utsprånget i högra förmaket, som därigenom kommunicerade med anevrismets kavitet. Bakre delen af aorta vid dess ursprung bildade en något rörlig skiljevägg mellan anevrismets och aortas kaviteter. De båda bakre klaffarna hade sannolikt deltagit i väggens rörelser och dessutom delvis höjts och sänkts, alt eftersom mynningen till anevrismet öppnades eller slöts. De voro mycket större än normalt. Aorta mycket ateromatös, något dilaterad vid roten. Alla hjärtkaviteter betydligt dilat., i synnerhet vänstra kammaren, utan anmärkningsvärd hypertrofi (? hjärtats vikt uppges till 790 gram! Ref.) E. anmärker, att anevrismets genombrott till högra förmaket ej medförde något viktigt kliniskt symptom.

Anevrismet har från samma utgångspunkt som i de närmast föregående fallen i detta utbredt sig till högra delen af spat. atrio-aortic. och dess utlopp under högra hjärtörat. (Ref.)

19. DESPAIGNE[10]). 1886. *Ulcerös endokardit, klaffanevrism; anévrysme diffus du tissu cellulaire périaortique. Hemoperikard.*

19-årig man. Blef 4 veckor före döden sängliggande sjuk med frysningar, svindelanfall och matthet. Intogs 9 dagar senare på sjukhus: våldsam hufvudvärk, svindel, allm. hyperestesi; föga objektift; feber. Intet från hjärtat. Led- och muskelsmärtor tillstötte. Febern oregelbunden med stora remissioner, frysningar och svettningar. Digestionsrubbningar, andnöd, herpes. 14 dagar före döden märktes de första förändringarna i hjärttonerna, som blefvo dofva, obestämda med förlängning af 1:sta tonen vid basen. Mot slutet ytterlig andnöd, ytterst svår hufvudvärk, slutligen ansiktskramp och hastig död.

Sektion. Hjärtsäcken utspänd af lefradt blod, hjärtat afplattadt, tomt. Nästan fullständig fettbeläggning af främre ytan med tjockt fettlager vid spetsen. Myokardiet mjukt. Små rosafärgade vegetationer på vänstra bakre sidoomfånget af lungarteren, eljes ingen perikardit. Det viskerala perikardiet är öfver en liten yta, belägen mellan conus arteriosus och vänstra hjärtörat, upplyftadt till ett spetsigt utsprång, på hvars topp finnes en gulaktig fläck med en liten central ruptur, som förorsakat blodutgjutningen i hjärtsäckskaviteten. Det hela liknar tämligen en furunkel med sin varpropp. Bakre och vänstra aortaklaffarna angripna af ulcerös endokardit. Vänstra klaffen uppbär en skör, fungös fibrinmassa (champignon fibrineux) af en större hasselnöts volum (klaffanevrism?). Denna massa är å andra sidan förenad med stora mitralseglet. På detta, som företer en lindrig diffus förtjockning, förefinnes i den nyss nämnda vegetationshärd motsvarande delen af dess aorta-yta en utbredd ulceration, som urgräft klaffen utan att fullständigt genombryta den. Framtill är själfva ursprunget för aorta inom samma vegetationshärd perforeradt, så att det lemnar blodet tillträde till ett slags akut anevrism, som nyligen uppkommit och är beläget kring aorta och under epikardiet. Anevrismet, som är blodfyldt, begränsas på följande sätt: »framåt af den del af epikardiet, som är utspänd mellan högra delen af vänstra hjärtörat och den främre (vänstra) kransarterens synbara ursprung; — bakåt och till vänster af den vertikala delen af vänstra förmaket, hvilken motsvarar vinkeln mellan båda mitralflikarna — — —; — slutligen uppåt af samma epicardium, som sträcker sig mellan aorta, nedre kanten af pulmonalarteren och vena cava sup.» Detta anevrism — af en stor hasselnöts volum — har brustit in i hjärtsäcken genom fissuren på det förut nämnda utsprånget. En andra rupturöppning i form af en 3 mm. lång och helt smal vertikal fissur, omgifven af en ekkymos, ledde in i angränsande del af vänstra förmaket omedelbart ofvanför stora mitralseglets insertion. — Den tredje aortaklaffen förtjockad. Högra hjärhalfvan frisk, likaså aorta i återstoden af sin utsträckning. Hjärtats vikt 320 gram. — Lungemfysem; stor, fast mjälte; hyperemi i njurarna

med infarkt i den ena; partiel hyperemi i tarmen, några förstorade mesenterialkörtlar; stor staslefver.

Obs. författarens »*tissu cellulaire péri-aortique*». Jfr därom afd. historik, s. 36. Fallet är uppenbart ett dissekerande anevrism i vänstra änden af spat. atrio-aortic. och dettas utmynning på hjärtytan. (Ref.)

20. WEST[82]). 1886. *Anevrism vid basen af mitralklaffen.* — (Anf. st., fall 2, s. 157.)

Stenarbetare; inga kliniska uppgifter.

Hjärtat allmänt dilateradt, mest på vänstra sidan, ringa hypertrofi. Den högra och den bakre aortaklaffen äro sammansmälta till en, föreningsstället markeradt blott af en ås. Från främre delen af den förenade klaffen utskjuter en förkalkad oregelbunden massa, 2,5 cm. lång, nära 2 cm. bred, och intager nästan hela aortamynningen, men en väg för blodet har blifvit öppnad genom förstöring af större delen af de bakre klaffarna. Alla de delar, med hvilka denna massa kom i beröring, äro skrofliga med vegetationer, och omedelbart mellan och under den främre (vänstra? Ref.) och bakre klaffen — motsvarande toppen af den beskrifna massan, nästan exakt i midten af septala (främre) mitralflikens bas — finnes öppningen till ett anevrism, omgifven af vegetationer. Anevrismet, ovalt, af en liten hasselnöts omgång, är synligt på hjärtats utsida och ligger mellan aorta och pulmonalarteren (? under den senares horisontala del? Ref.) med högra förmaket omedelbart på sin högra sida. — Infarkter i lungorna och ärr efter sådana i ena njuren.

WEST framhåller i inledningen detta och följande fall som exempel på anevrismer, uppkomna genom erosion af väggen från förkalkade vegetationer. De färska vegetationerna uppfattas som beroende på reaktiv inflammation, hvilken bör skiljas från akut, ulcerös endokardit.

Samma anmärkning som under n:r 17.

21. WEST. 1886. *Anevrism i basen af valvula mitralis.* — (Anf. st., fall 3, s. 158.)

Museipreparat. Ingen sjukhistoria. — Båda kamrarna dilaterade. Förkalkade, flikiga vegetationer på kanterna af alla aortaklaffarna, några öfver 1 cm. långa. Vid basen af mitralis' aortaflik och mellan motsvarande två aortaklaffar fins en oval öppning, 9 mm. lång, 6 mm. bred, omgifven af vegetationer och ledande in i en kavitet, som ligger mellan vänstra förmaket och roten af aorta samt är synlig från utsidan af hjärtat.

Samma anmärkning som under föregående fall.

22. MAGUIRE[46]). 1887. *Interstitial aneurism of the interauricular septum.*

Moribund patient, död strax efter inkomsten. — Hjärtat mycket förstoradt, hufvudsakligen vänstra kammaren, som var starkt hypertrofisk,

föga dilaterad. Aortamynningen ytterligt förträngd, genomsläppande blott en fingerspets; dess klaffar förtjockade, rigida, kalkinkrusterade. Till största delen förkalkade stora massor af inflammatoriskt material med färskt ytlager af fibrin intogo föreningsställena af klaffarna, hufvudsakligen på deras öfre yta, förträngande koronarartererna. På klaffränderna och några fläckar under dem ringa aflagring af fibrin, delvis med ulceration. Aorta jämförelsevis frisk. I förmaksseptum nedanför och framför for. ovale en dufäggstor, mot båda kavieteterna utbuktande cysta, beklädd med ett lager af hvitt, ej lagradt fibrin och för öfrigt fyld med mörka, något förändrade blodlefrar. En liten ulceration, täckt med fibrinaflagring, påträffades omedelbart under föreningsstället mellan de två bakre (bakre och vänstra, Ref.) aortaklaffarna, kommunicerande genom en liten öppning med blodsäcken, som för öfrigt var sluten. Det var således ett interstitielt anevrism, hvars utgångspunkt varit en ulceration i endokardiet, som brutit sig in i förmaksseptum.

Ett färskt dissekerande anevrism i spat. atrio-aortic., liksom i mitt fall beläget i vinkeln mellan båda förmaken, möjligen förlängdt in i septum atrior. Jfr s. 25 o. 49. (Ref.)

23. MOORE[49]). 1887. *Anevrism i sinus Valsalvæ.*

21-årig man, död efter sex anfall af reumatisk feber. — Anevrismets mynning, 1/3 tum (8 mm.) i diameter, låg bakom mellersta (högra? Ref.) aortaklaffen i djupaste delen af sinus Vals. Kanten för mynningen var tjock, rundad, utan vegetationer. Alla aortaklaffarna fransade af mjuka, trasiga vegetationer och delvis förstörda. Anevrismet sprang fram som en treflikig tumör, omkring 1/4 tum bred, i högra förmaket vid öfre ytan af valv. tricusp. Mellan sin mynning i sinus Vals. och valv. tricusp. utbredde anevrismet sig nedåt mellan lagren af öfre delen af pars membranacea septi och i trikuspidalklaffens substans. Insidan af anevrismet var skroflig och kaviteten delvis fyld med fibrin. Betydlig mitralstenos, lindrig trikuspidalstenos, pulmonalklaffar normala. Vänstra kammaren mycket dilat., obetydligt hypertrofisk. — Aortaklaffarnas tillstånd antydde sannolikheten att anevrismet var ett akut sådant.

Anevrismet synes 1) ha intagit högra delen af spat. atrio-aort. i dess öfvergång till spat. cono-aort. eller dess högra utlopp samt 2) ha nedträngt mellan lagren af pars membr. septi och 3) möjligen därifrån mellan septala trikuspidalflikens lameller. (Ref.)

24. THOMA[76]). 1888.

TH. meddelar tillsammans med aortaanevrismer, uppkomna genom ruptur af aorta ascendens' inre lager, följande fall af hjärtanevrism.

Fullvuxen man, okänd ålder. — *Sektion.* Sero-fibrinös-hemorr. perikardit. Hjärtat betydligt förstoradt, i synnerhet vänstra kammaren hypertrofisk och dilaterad. Pulmonal-, tricuspidal- och mitralklaffar i det närmaste oförändrade. Ostium arteriosum sin. starkt förträngdt ge-

nom sammanväxningar mellan de fibröst förtjockade, delvis förkalkade aortaklaffarna. Endast klaffmötet mellan den vänstra och den bakre klaffen fritt från sammanväxning. Fria delar af klafränderna dels glatta, indurerade, dels skrofliga med små substansförluster och vårtiga fibrinbeläggningar, som hindra fullständig slutning. Ostiet har form af en 2—3 mm. bred spricka mellan rigida klaffar, hvilken börjar i kärlaxeln och i riktning åt vänster och bakåt når till aortaväggen. Omedelbart under sist nämnda ställe på väggen finnes i denna en sprickformig, vertikal öppning af 10 mm. längd och 1—3 mm. bredd. Den motsvarar till läget det triangulära rummet under och mellan de konvergenta vidfästningsränderna för den bakre och den vänstra semilunarklaffen. Nedåt når den till roten för mitralis' aortaflik. Genom denna öppning kommer man in i en valnötstor säck, hvilken uppifrån täckes af vänstra hjärtörat. Öppningens kanter förtjockade, svåliga, delvis förkalkade, fläckvis glatta, fläckvis usurerade. I synnerhet de usurerade ställena innehålla insprängda kalkpartiklar. Säckens väggar äro beklädda med en glatt, 0,5—1 mm. tjock bindväfsmembran. Ingen ruptur af säcken, ingen kommunikation med kransartererna. Den vänstra koronarart. löper mellan säckens undre vägg och öfre randen af myokardiet till vänstra kammaren på vanlig plats i sulcus atrio-ventric. Öfre kanten af anevrism-säcken når på utsidan af aorta omkring 8 mm. ofvanför ett plan genom semilunarklaffarnas öfre ränder. (En afbildning visar ett skemat. horisontalsnitt genom anevrismet något nedanför nyss nämnda plan. Anevrismet ligger i snittet njurformigt kring aorta i utsträckning från och med vänstra tredjedelen af den bakre klaffen till midten af den vänstra klaffen, men skiljer sig framåt från arterväggen och hela vägen från det periferiskt om detsamma belägna vänstra förmaket samt synes hela vägen ha en självständig vägg (epikardiet + nybildadt vägglager. Snittet går tydligen genom den fria, kupolformiga delen af anevrismet. Ref.) Endokardiet i öfrigt oförändradt. Myokarditiska bindväfsstråk. Högra kammaren och vänstra förmaket dilat. utan hypertrofi. Aortas begynnelsedel dilat., innerytan glatt, belagd med en tunn, svårt aflossbar membran (mikrosk.: diffus arterioskleros af ringa grad). Koronarartererna dilat. med sparsamma hvitaktiga fläckar i intima. — Lindrig kron. interst. nefrit. — Diagnos af hjärtförändringen: kron., fibrös och ulcerös endokardit med stenos af ost. art. sin. och insuffic. af aortaklaffarna; hypertrofi och dilat. af vänstra kammaren; ruptur af aortaroten nedanför klaffarna med bildning af ett säckformigt rupturanevrism; perikardit. — Th. påpekar den ofvanför liggande aortastenosens betydelse som orsaksmoment för rupturen genom tryckstegring på platsen vid kammarsystole. Äfven insufficiensen kan ha bidragit såsom »egnad att förhöja pulsens stötande karakter».

Dissekerande anevrism i spat. atrio-aortic. och i dess vänstra öppning; anevrismet af tämligen gammalt datum. Jfr s. 28. (Ref.)

25. v. Krzywicki[32]). 1889. *Aneurysma verum sin. Vals. dextri aortae med perforation.* — (Anf. st., fall 4, s. 473.) Förut beskrifvet af Fiedler[15]).

20-årig tjänstflicka. Intogs 8 mån. före döden för vänstersid. plevrit. exsudat. Snart tillkommo abnorma fenomen från hjärtat: häftig hjärtklappning, stickningar i hjärttrakten o. s. v.; systol. blåsljud öfver aorta. Utgick 4½ månader efter inkomsten utan väsentlig ytterligare förändring i hjärtat men återkom efter 12 dagar med tecken på insufficiens och stenos i mitralis. Snart tillstötte allmänna stasfenomen. Tilltagande allm. hydrops.

Hjärtat (efter 30-årig förvaring i sprit) normalstort, vänstra kammaren föga dilat., ej hypertrofisk, högra kammaren mera dilaterad med 4 mm. tjock vägg. Aorta mycket trång (5 cm.), tunnväggig, ej ateromatös. Äfven pulmonalis trång. Alla klaffar ytterst tunna. Bakre sin. Vals. aortae tämligen utvidgad. I bakre delen af högra sin. Vals. aortae en tväroval sprickformig ingångsöppning med svåliga ränder till en bakåt riktad, omkring 2½ cm. djup inbuktning, hvilken som en anevrismatisk säck med ytterst tunt, nästan genomskinligt, membranöst hylle af ungefär en fingerborgs form inskjuter just i vinkeln mellan mediala och främre trikuspidalseglet. Den tillhör mera det dilaterade högra förmaket än högra kammaren och har i spetsen en linsfröstor perforation till högra förmaket. Säcken har tämligen trång hals. Väggen består blott af tunn bindväf och högra kammarens endocardium. — Allmän hydrops, kron. stasorgan, lungödem. — Enligt FIEDLER hindrade anevrismet fullställig slutning af valv. tricusp. K. antager (anf. st., s. 482) ett primärt äkta anevrism i högra sinus Vals. (på grund af tryckstegring genom aortastenos) med senare bristning af intima och media (svåliga perforationskanter!), hvarefter det påträngande blodet säckformigt instjälpt högra endokardbladet i högra hjärtkaviteten. Endokardiet måste därvid ha undergått en enorm tänjning. Dödsorsak: anevrismets bristning.

Fallet motsvarar till utgångsprunkt och läge närmast MOORES fall (n:r 23). Efter bristning af sinusväggen har blodet från aorta inträngt i och utspänt den ofvan sept. membranac. belägna delen af spat. peri-aortic. Den ur spatiet bildade anevrismkaviteten har vid sin dilatation mött minsta motståndet i högra hjärthalfvan och därför buktat in uteslutande dit. (Ref.)

26. *Eget* fall, se afd. IV, s. 37.

C. *Fall, belägna i conusdelen af spat. peri-aort., inklusive kammarseptum* (13 fall).

27. FINGER[16]). 1850.

31-årig man. Sedan längre tid symptom af aortainsuff.; albuminös hydrops; icterus.

Sektion. Hjärtat betydligt förstoradt genom excentrisk hypertrofi af vänstra kammaren, i synnerhet af septum. Gammal endokardit i vänstra kammaren. Atrioventrikularklaffar normala; 2 pulmonalklaffar

sammansmälta till 1. Aortaklaffarna betydligt skrumpnade, sammanvuxna, förtjockade, broskhårda med fettigt sönderfallande gula partier; deras yta besatt med mestadels organiserade, vårtlika aflagringar. Basen af den högra bakre klaffen var aflossad; därifrån ledde en ärtstor, af trasiga kanter omgifven öppning in till ett valnötstort anevrism, beläget i öfre delen af sept. ventricul. Genom klaffens lossnande kommunicerade det både med aorta och vänstra kammaren. Det bildade under lungarterens »inre» klaff en klotformig uppdrifning af den därstädes normala muskulaturen och var fullkomligt fyldt med ett fast, färskt fibrinkoagel. Dess väggar beklädda med en glatt, fibrös membran. Septalmuskulaturen i närmaste omgifningen senigt förtätad. — Anasarca, serös hydrops i hjärt- och lungsäckar samt bukhålan; stor infektionsmjälte; muskotlefver; späcknjure.

Anevrismet synes genom sin utgånpspunkt (ruptur af aortaroten vid bakre (?) klaffens fäste) snarare bort tillhöra förmaksdelen af spat. peri-aortic., men har dissekerat sig framåt på djupet genom spat. cono-aort. ända till isthmus och sannolikt nedrängt klyfvande äfven i köttiga kammarseptum. Jfr s. 23. (Ref.)

28. PEACOCK[56]). 1852. *Litet an. i sept. ventriculor.*

40-årig man. Förut aldrig allvarligt sjuk. 11 veckor före inkomsten på sjukhuset opasslig med lindriga reumatiska och dyspeptiska symptom. Svår andnöd och smärta genom epigastrium tillkommo snart efter inkomsten. Starkt, sträft systol. blåsljud öfver öfre delen af sternum och i hjärttrakten, ingen andra ton. Andnöd och smärta i epigastrium tilltogo. Dog i dubbelsid. pnevmoni 3 veckor efter intagandet.

Hjärtat. Någon hypertrofi och dilat. af vänstra kammaren. Aortaklaffarna förändrade i stor utsträckning. Den högra och den bakre klaffen förenade till en stor klaff, ofullständigt delad på öfre ytan. Den bakre och den vänstra klaffen partielt sammanvuxna. Sammanväxningen gammal, sannolikt medfödd (? Ref.). Vid basen och något till vänster om högra klaffen fins en liten öppning, ledande in i en säck, belägen i kammarseptums substans. Säcken bildar ett litet utsprång i h. ost. venos. En andra och större öppning, ledande in i samma säck, var belägen i mellanrummet mellan högra och bakre klaffarna. En kommunikation fans äfven mellan säcken och högra sinus Vals., men denna var sannolikt postmortal. Säcken hasselnötstor, var beklädd med en distinkt membran men innehöll ej någon lagrad tromb. Vegetationer af färskt datum på aorta- och mitralklaffarna samt endokardiet i vänstra kammaren. — P. anmärker att fallet mycket liknar sådana beskrifna af HOPE, THURNAM och TODD.

Läge ungefär som i föregående fall, säckens hufvuddel något längre bakåt. (Ref.)

29. HOLL[25]). 1852. *Anevr. i kammarsept.; plötslig död genom ruptur till högra förmaket.*

30-årig man. Reumatism i nästan alla större leder. Dubbelt blåsljud på hela främre ytan af bröstväggen. Förstorad hjärtdämpn. Puls stor, celer (springend). Plötslig död efter några dagar.

Sektion. Hjärtadt förstoradt, alla dess kaviteter utspända af mjuka svarta blodkoagel. Vänstra kammaren hypertrofisk. Båda de bakre aortaklaffarna visade vid sin bas tämligen stora öppningar med förtjockade kanter. Omedelbart under aortaklaffarna var i sept. ventr. en öppning, som ledde in i en oregelbunden, valnötstor håla, belägen i hjärtköttet. Anevrismsäcken var fyld med ett väggarna blott löst vidhängande koagel. Muskelväfnaden i anevrismets omgifning mjukare och mörkare än de öfriga delarna. I bakre delen af an.-säcken 2 små rupturöppningar, ledande in till högra förmaket ungefär 1/4 tum öfver kanten af trikuspid. På förmaksendokardiet i närheten af rupturöppningarna flere små fibrinexkrescenser. Mitral-, trikuspidal- och pulmonalklaffarna friska. Inga spår af ateromatös process i endocardium eller aorta. I öfrigt friska organ.

Interstit. anevrism i sept. ventric. och spat. cono-aort., baktill öfvergripande på spat. atrio-aort. (Ref.)

30. PICK[61]). 1868. *Anevr. i högra kammaren och i sept. ventric.* 31-årig skräddare. Sjuk sedan 2 år med hosta och smärta i bröstet samt betydlig afmagring. Abscesser under armen för 18 månader sedan. Skall ej ha haft syfilis. Kakektiskt utseende. Hjärtadt mycket förstoradt, spetsen förskjuten nedåt och till höger. Starkt blåsljud tätt under örat till vänster om pulmonalklaffarna under klavikeln; blåsljud på 1:sta tonen till vänster om spetsstöten; starkt blåsljud på båda tonerna tätt under sternum. Aortainsuff.-puls. Samma tillstånd 14 dagars tid, därpå tämligen plötslig död. Hade haft en blodkräkning.

Sektion. Hjärtat mycket stort; kaviteterna okontraherade, innehöllo ringa mängd blod. Gammalt, organiseradt exsudat på hjärtytan. Högra kammaren starkt dilaterad; endokardiet fibröst förtjockadt; bindväfsvandlade trabeculæ carneæ, myokarditiska svålar, utgående från endokardiet, stark fettdegen. i muskulaturen. Dufäggstort anevrism, utgående med lillfingervid öppning (från högra kammaren) strax under semilunarklaffarna. Vänstra kammarens vägg mycket mera normal, kaviteten dilaterad.

I septum mellan kamrarna fans en fluktuerande ansvällning. Denna visade sig vara en säck, fyld med blod och kommunicerande med aorta genom en liten öppning, ej tillräckligt vid att genomsläppa lillfingerspetsen, belägen i botten af en sinus Vals., omedelbart bakom en af aortaklaffarna. Säcken var af stort omfång och syntes vara bildad genom isärskiljande af de två lagren i sept. ventriculor. från hvarandra i hela deras utsträckning. Det högra hjärtsidan tillhöriga lagret var utomordentligt förtunnadt, och på ett ställe var muskulaturen alldeles försvunnen, så att blott det förtjockade endokardiet skilde säcken från kammarkaviteten. En bröstvårtformig förlängning af säcken insköt i högra förmaket med en ulcerös öppning på sin topp, hvarigenom säcken kommunicerade med högra förmakskaviteten. I

anevrismets inre fans en liten kvantitet lagradt fibrin och något flytande blod. Kanterna af mynningen till aorta afrundade, glatta.

Stasorgan; gammal tuberkulös härd i lungorna; fibrös perihepatit; inga vidare tecken på syfilis utom förstorade ljumskkörtlar och ärr efter en bubo; ankylos i ena knäleden.

Ett synnerligt vackert exempel på ett nästan totalt interstit. anevrism i kammarseptum med förlängning mot spat. atrio-aort. eller spatiets högra utlopp. (Ref.)

31. DUROZIEZ[12]). 1872. *Anévrysme sigmoïdo-ventriculaire gauche, faisant communiquer le fond de la sigmoïde aortique gauche avec le ventricule gauche.*

39-årig man. Bagare och soldat. Haft lindrig frossa; vårdats längre tid för en bubon. Hosta om vintrarna. Hjärtklappning sedan lång tid. 4 månader före döden måste han söka sjukhusvård. Status 1 vecka före döden: blek med cyanot. läppar, ödem i synnerhet i benen; otydl. hjärtimpuls, betydande dämpning, 13 cm. hög, 20 cm. bred; intet fremissement; venösa undulationer på halsen; blåsljud på första tonen från spetsen till basen, andra tonen försvagad; puls 108, regelb. De följande dagarna: puls 100—120, regelb. Pat., som mest vistades uppe, intog hälst en viss sittande ställning och hade häftiga kväfningsanfall. Två dagar före döden: spetsstöten i 7:e interst. långt utanför mamillen; blåsljud på 1:a tonen längs vänstra kanten af hjärtat, blåsljud på 2:a tonen öfver aorta. Dubbelljud öfver cruralis mycket tydligt. Efter att sista aftonen ha haft häftiga kväfningsanfall utstötte han vid försök att stiga upp i sängen ett par skrik och dog.

Sektion. Hjärtat enormt, hjärtsäcken tom. Spetsen bredt afrundad, kaviteter dilaterade, kamrarna vida mer än förmaken, väggarna ej förtjockade i proportion till dilatationen. Muskulaturen fast. Trikusp.-ostitet dilateradt, klaffen insufficient. Mitralis sluter väl. Aorta mycket insufficient, klaffränderna mötas nästan fullständigt, men till vänster inbuktar i vänstra kammaren en valnötstor ficka, på midten genomborrad af ett lillfingervidt hål. Från botten af vänstra klaffen inträngar man i den abnorma fickan, som fördjupar sig till vänster om lungarteren under perikardiet i jämnhöjd med (au niveau de) kammarskiljeväggen. Kammarhålet till fickan har en framspringande, afrundad, ingenstädes trasig kant. Vidare märkes i vänstra kammaren vid basen af fickan en samling af små varhärdar, liknande en herpeseruption.

Aortaklaffarna en smula förtjockade, kärlets vidd normal. Spår af inflammation i art. pulmonalis.

Hydrothorax, lungorna hyperemiska med apoplexier. Stas-mjälte och stasnjurar. Ett öfvertaligt refben och öfvertaliga binjurar på vänstra sidan.

DUROZIEZ anmärker, att anevrismet är valvulärt såsom beläget under vänstra klaffen men öfvergår på framsidan af aorta och utbreder sig till vänster om arteria pulmonalis på främre delen af septum under perikardiet; »*c'est un véritable anévrysme disséquant*».

Förf. lemnar oafgjordt, om anevrismet föregåtts af en abscess, som brustit, eller en ulceration, som börjat vare sig i aorta eller i kammaren.

Framhåller, att blåsljudet på andra tonen uppträdt först på slutet, som om aortainsufficiens förut ej funnits, blott stenos t. f. af tumören i mynningen, men vill ej absolut förneka, att insufficiens kunnat finnas sedan länge. På grund af missbildningarna och palpitationerna lång tid förut sättes äfven ett kongenitalt ursprung i fråga. Sjukdomen antog grav form 4 mån. före döden.

Ett dissekerande anevrism, beläget i främsta delen af kammarseptum (?), vänstra mynningsstället för spat. cono-aort. och angränsande del af spatiets vänstra apertur. Anevrismets inbuktning i vänstra kammaren bevisar dess ursprungliga utgång ur sinus Valsalvæ. (Ref.)

82. THOMPSON[77]). 1877. *Multipla anevrismer.*

20-årig man, handelsbiträde. Den enda föregående allvarsamma sjukdomen uppkom genom en spark af en häst öfver nedre delen af bröstet på vänstra sidan för 8—9 år sedan. Spottade blod under 1/2 timme efter olyckshändelsen men aldrig sedan; måste hålla sig inne 6 veckor. Sista insjuknandet 1/2 år före döden: bröstsmärtor, andnöd. En månad senare: smärta i hjärttrakten och lumbalregionen; starkt blåsljud ersättande 1:a tonen öfver hela hjärttrakten, starkast i dess öfre och centrala del; därmed synkroniskt fremissement vid hjärtbasen och öfver högra kammaren; 2:a tonen oren vid basen, båda tonerna otydliga öfver carotis; blåsljudet synkroniskt med carotispulsen, föregick radialispulsen; halsvener dilaterade, ej pulserande. — Fortgående försämring, tecken på lunginfarkter; senare digestionsrubbningar, slutligen hjärnsymptom. Högsta temp. 40,2°. — 2 1/2 månad före döden: dubbelt blåsljud öfver sternum, båda tonerna öfver carotis suddiga; stötande (? »jarring») puls. — 5 dagar före döden: ursprungliga blåsljudet betydligt mjukare, 2:a tonen klar öfverallt; halsvenpuls.

Sektion. Hjärtat hypertrofiskt. På högra sidan var con. art. ofantligt dilaterad med oregelb. förtjockade väggar och innehöll en massa sköra vegetationer, utgående från det oregelbundet senigt förtjockade endokardiet upp till vidfästningsranden för pulm.-klaffarna. 1 1/4 cm. under klaffästet funnos i främre delen af kammarseptum 2 perforationer, en rund korppennvid, den andra triangulär med 9 mm. sida. Båda öppningarna fransade med vegetationer utom framåt och nedåt, där bådas kanter voro runda, glatta och sammanhängande med det förtätade endokardiet i conus. Vid öppnandet af vänstra kammaren skar man in i en säck, begränsad af en tjock membran, som sammanhängde med endokardiet genom en glatt, trång mynning i mellanrummet mellan två columnæ carneæ Säcken var belägen nära hjärtats bas, till en del i kammarväggen men hufvudsakligen i septum. Den parietala delen var liten; den septala var oval med 3 cm. längd uppifrån nedåt och 1 1/4 cm. djup. Dess glatta väggmembran korsad af talrika åsar, som angåfvo de omgifvande muskelknippena. Säcken gick rätt genom septum och öppnade sig i conus arteriosus genom de två förut beskrifna hålen. Från de angränsande kanterna af båda mitralflikarna intill septum uppsteg en grupp af vegetationer i det dilat. vänstra förmaket, och ofvanför var det för-

tjockade endokardiet betäckt med vegetationer. Alla klaffar utom tricuspidalis slöto vid vattenprof. — Opaka fläckar i mjuka hjärnhinnan med små förbeningar. Anevrism i v. art. foss. Sylv.; ramollitionscysta i v. temp.-loben. Äldre kavernor i ena lungan; multipla anevrismer i lungarterer; »emboliska pnevmonier» med insmältning; emboliska infarkter i lunga och mjälte.

I motsats till öfriga anevrismer, hvilka uppfattas som emboliska, betraktar TH. septalanevrismet som följd af travmat (hästsparken). Den högra kammaren är mera utsatt för våld, och muskeltrådar tillhörande dess andel i septum antagas ha brustit eller uppmjukats vid travmat, och septum i följd däraf i motsvarande utsträckning gifvit efter för det större trycket från vänstra kammaren. Blodet har banat sig väg in i septum och där utgräft en håla för sig i omedelbar närhet till den skadade delen af högra septallagret samt slutligen fullständigt genombrutit septum efter att småningom hafva gräft en tunnel genom detsamma. Anevrismet är af afgjordt kronisk typ. Muskelknippena i dess vägg synas blott ha undanträngts af det framskridande anevrismet utan bristning. Endokarditen är sekundär. TH. synes således anse anevrismet vara på sätt och vis ett äkta anevr., från vänstra kammaren, hvars septallager ej skulle brustit vid travmat. Dock synes en primär ruptur af vänstra lagren i septum till följd af ett våld, som träffat högra kammaren och möjligen momentant inbuktat septum mot den vänstra (altså på den konvexa och genom våldet mera tänjda sidan af mellanväggen) fullt så antaglig. Därigenom skulle blodet direkt haft vägen öppen till det inre af sept. eller spat. cono-aort. och därifrån etablerat ett dissekerande anevr. (Ref.)

38. V. BUHL[7]). 1880. *Anevrism i sept. ventriculor.* — (A. st., fall 2, s. 257).

Ingen sjukhist. — *Hjärtat.* Undre ytan af vänstra och högra aortaklaffen besatt med tjocka trombotiska vegetationer, som svulstlikt inskjuta i kammaren. Midt genom tromberna och mellan båda klaffarna löper parallelt med hjärtats längdaxel en glappande spricka, som på djupet vidgar sig till en omfångsrikare håla, skarpt begränsad af endokardiet (??). En sond löper i två riktningar, å ena sidan mot högra kammaren tätt under pulmonalklaffarna, å den andra öfver insertionen af främre trikuspidalfliken in i högra förmaket. Ehuru processen således ej inträffade på platsen för sept. membranaceum, har destruktionen likväl — frånsedt den direktare vägen till högra kammaren under föreningsstället mellan vänstra och högra pulmonalisklaffen — banat en andra väg snedt framifrån och från vänster bakåt och åt höger, ett förlopp som måste hafva berott på inflammation och ulceration.

Fallet är enligt V. BUHL ett *akut aneurysma cordis partiale* i sept. ventricul., framkalladt genom endocarditis ulcerosa.

Fallet får sin nöjaktiga förklaring först genom kännedom om spat. cono-aorticum, hvilket efter inbrott af blodet från vänstra kammaren (och antagligen före rupturen till den högra) ledt det dissekerande anevrismet just på den preformerade väg, som förf. anser ha banats först genom inflammatorisk destruktion. (Ref.)

84. POTAIN[62]). 1882. *Anévr. intracardiaque, perforation interventriculaire etc.*

55-årig skräddare. Fullständig helsa till för 3 mån. sedan. Digestionsrubbningar. 14 dagar före inkomsten på sjukhuset för första gången palpitationer och ledsmärtor. Vid inkomsten: starkt systol. fremissement i mellersta delen af hjärttrakten; ej förstorad hjärtdämp.; dubbelt blåsljud: 1) systoliskt, starkt, med 2 maxima, det ena vid hjärtbasen, svagt fortledt mot aorta, det andra vid spetsen, 2) diastoliskt, svagt, mjukt, ihållande under hela diastole. Puls 112—116. Hastig död under loppet af 6 timmar.

Sektion *. »Vid basen af högra kammarkaviteten finnes en valnötstor, sekundär kavitet, som öppnar sig genom två små hål, det ena (till högra kammaren, Ref.) i främre delen, af 5—6 mm. genomskäring med glatt, något skarp kant, det andra (till aorta? jfr längre ned. Ref.) beläget i botten och framför sinus Valsalvæ; denna kavitet är intet annat än ett anevrism i hjärtväggen, jämförligt med arterernas». — — Det har brustit vid främre och mellersta delen af aortas högra semilunarklaff med två öppningar, den ena i (vänstra) kammaren (sekundär ruptur af anevrismet? Ref.), den andra i botten och framför sinus Valsalvæ (den primära ruptur som ledt till bildning af anevrismet? Ref.). — — Gången mellan aorta och kammaren är ytterligt fin och tillåter med möda genomförande af en vanlig stilett. Ingen hjärthypertrofi. I bakre delen af vänstra kammaren finnes en smal sensträng, som i stället för att fästa sig på valvula mitral. tar fäste upptill på septum på sådant sätt, att den måste ha satts i vibration af blodströmmen. Betydliga ateromatösa förändringar i aorta. »Det synes ganska sannolikt, att förändringen börjat i aorta. En af dess plaques bör ha varit utgångspunkt för någon ulceration och för uppklyfningen (décollement) af septum. Den hastiga döden måste tillskrifvas en asystoli, ett afbrott i cirkulationen. Autopsien ger ingen direkt förklaring däraf; ingen kongestion eller inflammation i lungor eller hjärna; ingen embolism».

POTAIN uppfattar detta och analoga fall såsom något, »som man skulle kunna kalla ett dissekerande anevrism». (Jfr. afdeln. III, s. 33.) P. säger sig ha funnit endast 6 jämförliga fall i literaturen, af hvilka endast GORDONS och TODDES (TODDS?) nämnas (utan literaturanvisning).

* Fallet ofullst. och oklart beskrifvet, hufvudsakl. behandladt från klin. synpunkt. Ref.

I hvad mon anevrismet fördelar sig på septum och på spat. cono-aort., är här som i andra fall omöjligt bestämma. (Ref.)

85. KIDD[30]). 1885. *4 fall af hjärtanevrism.* — (A. st., fall 2, s. 127.)

21-årig arbetare af frisk familj. För 14 veckor sedan reumatisk feber för första gången. Sängliggande 8 veckor med prekordialsmärta men utan andnöd. Måste för omkring 1 månad sedan upphöra med arbetet för hjärtklappning och dyspné jämte hosta och lindrig hemoptys. Vid inkomsten tecken på hjärthypertrofi och dilatation, aorta- och mitralfel samt ödem i lungbaserna. Led af svår prekordialsmärta och dyspné under vistelsen på sjukhuset men var feberfri hela tiden. Hjärtinsufficiensen tilltog oafbrutet, och han afled 4 veckor efter intagandet.

Sektion. Hjärtats vikt 700 gr. Aorta dilat., tunnväggig, föga tjockare än pulmonalis. Aortaklaffarna sammanvuxna, starkt insufficienta, mynningen delvis stängd af en stor vegetationsmassa. Vänstra kammaren enormt dilaterad, blott föga hypertrofisk. Vänstra förmaket och högra hjärthalfvan dilaterade och något hypertrofiska. Mitralostiet dilat., trikuspidalostiet öppet för fem finger. Några få ateromatösa fläckar på främre mitralfliken. Ingen annan förändring i atrio-ventr. eller pulmonalklaffarna.

Aortaklaffarna ytterligt angripna. Den vänstra främre och den bakre delvis bibehållna, den högra nästan fullständigt försvunnen. Motsvarande fästen för den högra och den vänstra klaffen till aorta mellan kransartererna förstördt. På denna plats nedhänger en vegetationsmassa från aorta mot kammaren. Under och bakom denna massa fins en likartad men mindre vegetation fästad vid lemningarna af den högra aortaklaffen. Vegetationernas yta är litet förkalkad. Mellan dessa två vegetationshärdar fins i öfre, främre delen af kammarskiljeväggen en lillfingerspetsvid, cirkulär öppning, ledande in i ett anevrism, som gräft sig ned mellan muskellagren i septum till omkring $^1/_2$ tums djup. Mynningens kanter äro glatta samt, liksom omgifvande endocardium och anevrismväggarna, opaka och något fibrösa (fibroid). Anevrismet synes ha utvecklat sig just framför pars membranacea, sannolikt i följd af friktion mellan endokardiet och den omnämnda nedhängande vegetationsmassan. Innehöll blott postmortala koagel, ingen tromb.

Den vänstra och den bakre aortaklaffen äro mycket förtjockade och retraherade med något ojämn yta. De angränsande ändarna af bakre och högra klaffen sammansmälta med kommunikation mellan valvelfickorna under en stränglik brid, som löper mellan aortaväggen och öfre kanten af den sammansatta klaffen. Tätt framför och till höger om denna sträng fins en likartad bildning, som löper i samma riktning men är belägen i vinkeln mellan klaffbasen och aorta. Bakre klaffen utbuktar betydligt mot kammaren och är uppenbart dilaterad.

Kransartererna friska. Lungor hyperemiska och ödematösa; öfriga organ oförändrade.

Samma anmärkn. som under föreg. fall.

86. KIDD. 1885. *4 fall af hjärtanevrism.* — (Anf. st., fall 3, s. 129.)
43-årig kusk. Reumatisk feber $2^1/_2$ år sedan. Ledsmärtor både förut och efteråt. Andfådd sedan 6 månader. Vid inkomsten tecken på stenos och insuff. i aorta samt insuff. i mitralis. Ringa albuminuri. Svår smärta i hjärttrakten. Annars intet anmärkningsvärdt. Dog efter 1 månad under tecken på hjärtinsuff.

Sektion. I hjärtsäcken 140 kcm. serös vätska. Hjärtats vikt 425 gram. Aortamynningen högeligen förträngd af vegetationer. Båda ostia venosa af normal vidd. Vänstra kammaren mycket hypertrofisk, föga dilaterad, vänstra förmaket och högra kammaren något dilaterade. Endokardiet i vänstra kammaren, särskildt öfver conus aort., opakt; papillarsmusklernas toppar hvitaktiga. Mitralis' sensträngar förtjockade; några få vegetationer på »förmaks-kanten» (auricular margin) af främre mitralfliken och tillhörande sensträngar. Aortaklaffarna högeligen deformerade, mycket förtjockade och — nästan uteslutande på kammarytorna — besatta med stora vegetationsmassor med skrofliga, litet kalkinkrusterade ytor. Högra och vänstra klaffarna mycket mer angripna än den bakre. Mellan de nedre kanterna af vänstra och högra klaffen fins ett anevrism, som intager öfre och främre delen af ventrikelseptum. Anevrismet leder emot högra kammaren, stötande till lungarteren bakom dennas septalklaff, från hvilken det är skildt af föga mer än själfva arterväggen. Anevrismet skickar äfven en prolongation framåt och till vänster under vänstra hjärtörat, och ett litet tubulöst divertikel, som genomsläpper en gröfre sond, leder $^1/_2$ tum nedåt mellan lagren af kammarseptum. Hufvuddelen af anevrismet rymmer en spansk nöt. Dess väggar ha en mjuk, hvitaktig, skroflig beklädnadsmembran med spridda små vegetationer. Det var fyldt med postmortala koagel. Kransart. friska. — Lungödem, muskotlefver, infarktmjälte, lindrig kron. parenk. nefrit.

KIDD anser, att friktion af vegetationsmassorna mot endokardiet framkallat ulceration af detta och anevrismet i septum. Detta är uppenbarligen af akut bildning. Detta och föregående fall »erbjuda en länk i beviskedjan, som sammanbinder perforation af hjärtväggar med friktion af pendulerande vegetationer från klaffar». (A. st., s. 132.)

Ett interparietalt anevrism i främre delen af spat. cono-aort. med en förlängning genom isthmus till vänstra aperturen och en andra förlängning ned i sept. ventr. (Ref.)

87. KIDD. 1885. *4 fall af hjärtanevrism.* — (Anf. st., fall 4, s. 130.)
47-årig stenarbetare. Kronisk reumatism tidvis under 20 år. En gång sängliggande 5 månader, tror sig ej haft feber. Tilltagande andfåddhet de 3 senare åren. Fysikaliska tecken på aortafel och mitralinsufficiens med dilat. och hypertrofi af vänstra kammaren. Diastoliskt blåsljud från basen till spetsen. Dubbelt blåsljud i vänstra interskapulartrakten. Tre månader efter denna undersökning intogs patienten på sjukhus med sympt. af hjärtinsufficiens och dog 3 dagar därefter. Ingen prekordialsmärta. Inga hjärtsymptom hade observerats 3 år före döden.

Sektion. Hjärtats vikt 650 gram. Stor dilatation och hypertrofi af samtliga hjärtkaviteter. Stark aortainsuffic., mynningen obetydligt förträngd. Ostia venosa något dilaterade. Endokardiet i vänstra kammaren i allmänhet opakt, på öfre delen af septum tydligt fibröst. Papillarmusklernas spetsar hvitaktiga. Muskulaturen fläckvis fettdeg. Mitral- och trikuspidalklaffar friska. Aortaklaffarna sammanvuxna i kanterna, mycket ärriga och retraherade. Den bakres öfre kant fenestrerad.

Högra sinus Vals. är förlängd nedåt till en vid, oregelbunden anevrismkavitet, som nedlöper mellan septums muskellager inemot halfannan tum. Kaviteten utbreder sig framåt och till vänster i ventrikelväggen i cirkulär riktning bakom roten för lungarteren och tätt under sulcus atrioventric. Anevrismet sträcker sig under vänstra hjärtörat nästan upp till corpus atrii. Här innehåller det en lagrad tromb, men är för öfrigt fyldt med postmortala blodlefrar. I anevrismets främre del inemot en tum (2,5 cm.) under aortaklaffen fins i kammarseptum en ärtstor, ojämnt afrundad öppning, som förbinder anevrismets kavitet med kammarens. Kanterna mjuka, obetydligt skrofliga. Anevrismväggar fibrösa. Intet anevrism af själfva sinus Valsalvæ. Anevrismet synes hafva börjat i botten af högra klaffickan, hvarifrån det »dissekerat sig väg» nedåt och framåt. — Första delen af aorta dilaterad, ärrig, med förkalkningar; kärlet alt igenom mycket ateromatöst, kransartererna obetydligt ateromatösa, öppna. — Lungemfysem. Öfriga organ friska. — Alla tre KIDDs fall äro enligt KIDD exempel på anevrism, beroende på endocarditis, akut eller kronisk, af reumatiskt ursprung. (A. st., s. 133.)

Ett vackert exempel på ett dissekerande anevrism, som löper i spat. cono-aort. cirkulärt framför aortaroten från primära rupturstället i botten af högra klaffickan, dissekerande nedtränger djupt ($1^1/_2$ tum) i kammarseptum och fortsätter genom nästan hela vänstra aperturen, där det synes ha öfvergått till parietalt (»tätt under sulcus atrio-ventricularis»). (Ref.)

88. WEST[83]). 1886. *Anevrism i vänstra sinus Vals., utvecklad mellan art. pulmonalis och septum.* — (A. st., fall 4, s. 164.)

30-årig, kraftig man. God hälsa till omkring 7 veckor före döden. Från denna tidpunkt hade han varit krasslig utan bestämda symptom, då han efter lyftande af en tung börda 5 dagar före döden plötsligt angreps af andnöd och smärta i hjärttrakten och måste upphöra med sitt arbete. Blef alt sämre och måste söka sjukhusvård. Förnekade reumatism och syfilis. Vid inkomsten svag och kollaberad. Puls 100, oregelbunden, intermittent; ringa ödem. Hjärtdämpn. förstorad; utbredd impuls; starkt dubbelt blåsljud öfver hela hjärttrakten. Dubbelt fremissement, uppfattadt som perikarditisk gnidning. Död under kollapssymptom dagen efter inkomsten.

Sektion. Synechia pericardii. Hjärtat starkt dilateradt och något hypertrofiskt, dilatation starkast i högra halfvan. Vikt 666 gm. I högra

kammaren mellan pulmonalklaffarna och motsvar. trikuspidalflik en nästan cirkulär uppdrifning, godt 1½ tum i diameter. På den yta, som vette mot spetsen, fans en köttig massa och i midten af denna en oregelbunden öppning af 8 mm:s genomskäring. Denna ledde in i en anevrismkavitet, som motsvarade uppdrifningen. Väggen omkring 3 mm., närmast öppningen tjockare af de köttiga vegetationerna. Mynningen till detta anevrism var nästan cirkulär med omkring 15 mm. genomskäring och låg i vänstra främre (= vänstra) sinus Vals., där dess nedre rand bildades af aortaklaffens förtjockade kant. Högra främre (= högra) sinus likaledes något dilaterad. Anevrismets vägg mot vänstra kammaren utgjordes af det förtjockade sept. membranac. (??). Omedelbart ofvanför de förändr. sinus var aortaväggen förtjockad med kroniska ateromatösa förändr. Vänstra kammaren hypertrofisk, något dilaterad. Hjärtat fettdegeneradt. — Ett ärr i lefvern, annars intet syfilitiskt.

Anevrismet har här gått motsatt väg mot i föregående fall, från v. sinus Vals. dissekerat sig fram i spat. cono-aort. åt höger och bakåt ända till pars membranacea, som uppgifves ha skilt det från vänstra kammaren. Detta är möjligt, endast om det uppklufvit äfven membranösa delen af septum. Troligare är, att det här legat ofvanför pars membranacea i den del af spat. periaort., hvars vägg mot vänstra kammaren så ofta oriktigt räknas med till pars membranacea. Jfr afd. II, s. 21—22. (Ref).

39. v. Krzywicki[82]). 1889. *Aneurysma spur. sin. Vals. dextri c. perforat.* — (Anf. st., fall 5, s. 475.)

40-årig man. Förut frisk; lues 5—6 år sedan; åtskilliga recidiv. Kraftigt bygd, gjorde ännu en vecka före döden en fotvandring på 10 km. 4 dagar senare fann tillkallad läkare honom »iskall om hela kroppen», betäckt af klibbig svett, starkt cyanotisk med svår dyspné. Något förstorad hjärtdämpning, systoliskt, diffust utbredt blåsljud. Fortgående försämring till döden. Pulsen liten, frekvent; höggradig kollaps med yttersta kyla i huden. — Häftig andnöd redan 2—3 dagar, innan läkare tillkallades.

Sektion. Hjärtat (spritprep.) förstoradt genom dilatation af kamrarna; stark fettbeläggning. På högra hjärthalfvans främre yta tätt under pulmonalis' ursprung, mellan denna, högra hjärtörat och början af aorta ascendens, synes en godt hönsäggstor framhvälfning, belagd med ett starkt fettlager. Aortaväggen starkt svåligt förtjockad (5 mm.); intima genomsatt af ateromatösa svålar och härdar. Högra kammarens muskulatur lätt hypertrofisk. I väggen för högra sinus Vals. aortae tätt under ursprunget för art. coron. dextra en centimeterlång, tvärgående spricka med svåliga ränder och omgifven af en ateromatös härd. Denna öppning leder in i en framåt riktad, dufäggstor håla, »som bildats genom nedträngande af motsvarande del

af muskelväggen för högra kammaren». Väggen framhvälfver sig som en valnötstor säck i högra kammaren framför mediala trikuspidalseglet och ost. pulmonale. I spetsen af anevrismet en färsk, linsstor perforationsöppning, som direkt kommunicerar med hålan. Till den inre ytan adhererar en omkring 3 cm. djup, lagrad trombbeläggning. Återstoden af hålan var fyld med färska blodlefrar. — Stark ateromatos i aorta och öfriga kärl, inga andra luetiska förändringar. Stasfenomen.

Stort dissekerande anevrism efter ruptur af högra sinus Valsalvæ, beläget i spat. cono-aort. och därifrån dels nedskjutande mellan bladen af muskulära kammarseptum, dels uppstigande till hjärtytan under epikardiet öfver spatiet (öfvergång till parietalt). (Ref.)

D. *Fall, sannolikt belägna i spat. peri-aort. cordis men utan närmare lokalisation.* (8 fall.)

40—48. HOPE[26, 27]). 1836.

HOPE omtalar kort 4 egna fall af *partielt hjärtanevrism*, hvilka THURNAM (se nedan) betecknar som *dissekerande hjärtanevrismer*. I alla 4 fallen hade en ateromatös (steatomatous) degeneration af aorta förstört basen till en af valvulæ sigmoideae, under hvilken en kanal bildat sig, hvilken under vänstra kammarens endocardium ledde in i ett anevrism »i kammarens muskelsubstans» (i senare arbetet heter det: »in the substance of the auriculo-ventricular septum»). Kaviteten stod i alla fallen genom en andra öppning i förbindelse med kammaren. I två af fallen var anevrismet hasselnötstort, i det tredje valnötstort och i det fjärde hönsäggstort. I de tre först nämnda fallen var väggen invändigt bildad af fibrös väfnad med ateromatösa (steatomatösen) aflagringar; i det 4:de var den nästan öfveralt förbenad, endast mot kammarkaviteten fibro-kartilaginös. Om det sist nämnda fallet anmärkes, att anevrismet utifrån ej var omgifvet af någon muskelsubstans. Trombotiskt innehåll fans i intet af fallen. — Af det fjärde fallet meddelas en teckning med förklaring (Diseas. af the Heart, s. 622, bild 20): »ett ossifieradt, äggstort anevrism i vänstra kammarens muskelsubstans, kommunicerande med aorta genom en svanpennvid öppning under basen af en valvula sigmoidea». Teckningen visar, att öppningen befinner sig i botten af den vänstra klaffickan något bakom dess midt. En sond, införd i anevrismet från aorta, utkommer i ventrikelkaviteten genom en andra mynning, som är omkring 10-örestor, rundad, med underminerade, delvis något flikiga kanter. Mynningens öfre kant ligger ett par mm. under djupaste delen af vänstra aortaklaffens vidfästningsrand; dess högra (bakre) kant gör en liten inskäring i vänstra delen af främre mitralseglets bas. Genom uppklippning af anevrismets vägg mot vänstra kammaren från vänstra (främre) kanten af mynningen kan man se dess kavitet fortsätta sig framåt nedanför mellanrummet mellan den vänstra och den högra aortaklaffen. Baserna af öfriga

aortaklaffar ateromatöst förtjockade. Stark hypertrofi af vänstra kammarens vägg. — Patienten var en gammal kvinna med svåra allmänna hjärtsymptom. Uppgift på fysikaliska tecken saknades. I ett af de öfriga fallen konstaterades blåsljud på andra hjärttonen och torde ha funnits i alla t. f. af regurgitation till vänstra kammaren, hvilket också nästan bevisades af pulsus celer i ett af dem. De allmänna symptomen i alla fallen voro de vid organiska hjärtsjukdomar vanliga.

THURNAM [78]) anför HOPES 4 fall (anf. st., appendix, s. 263—4, n:r 31, 32, 36 o. 37) samt betecknar hvart och ett kort och godt »*dissecting aneurism*». Med stöd af fyra andra fall af hjärtanevrismer, i hvilka säcken hade alldeles samma läge men ej kommunicerade med aorta, ogillar han HOPES åsikt, att anevrismerna i dennes fall utgått från aorta, och finner det sannolikare, att de ursprungligen bildats i kammaren samt senare brustit till aorta t. f. af samtidig sjuklig förändring i dess klaffar (anf. st., s. 221). HOPE citerar i 3:dje upplagan af sitt arbete [27]) (s. 323) utan all gensaga detta TH:s uttalande. De fall, på hvilka TH. grundar det, äro dock i detta afseende föga bevisande. De äro knappast analoga med HOPES, betecknas af TH. ej häller som »dissekerande», två af dem tvärtom uttryckligt som aneurysmata *vera*.

De HOPEska fallen synas ha varit interparietala anevrismer, förmodligen i spat. atrio-aort. Det afbildade (4:de) fallet låg till största delen i vänstra aperturen. Jfr s. 30—31. (Ref.)

44. PELVET [60]). 1867. Ett af P. afbildadt och beskrifvet fall öfverensstämmer nära med ARNOTTS [1]) fall (kas. n:r 1) i läge och synes motsvara detta i ett tidigare stadium. E n k a v i t e t a f e t t d u f ä g g s s t o r l e k f r a m s p r i n g e r f r å n ö f r e d e l e n a f v ä n s t r a k a m m a r e n b r e d v i d a o r t a r o t e n, k o m m u n i c e r a n d e m e d h j ä r t a t g e n o m t r e t r a s i g a, u l c e r ö s t u p p k o m n a ö p p n i n g a r, t v å m e l l a n o c h e n t ä t t u n d e r a o r t a k l a f f a r n a. A. anmärker, att detta uppenbarligen är resultatet af en endokardit, som ledt till ulceration af endokardiet och efterföljande utbuktning och fibroid degeneration af återstående väfnader.

Om öfverensstämmelsen med ARNOTTS fall i läge äfven gäller utgångspunkten, så låg anevrismet ganska säkert i spat. atrio-aort. (V.)

45. MOXON [50]). 1869. *Akut anevrism i hjärtat och i aorta, förorsakade af kontakt med vegetationer.*

25-årig arbetare. Ej haft reumatism eller syfilis; lyftat tungt i sina dar. 7 mån. före döden hosta och andfåddhet, därpå svår smärta kring hjärtat vid ansträngning; svullnad i benen. $2^1/_2$ mån. senare sjukhusvård: aftärdt utseende; puls 80, full, hård; starkt systol. blåsljud öfver hjärttrakten, särskildt öfver sternaländen af 2:dra högra interkost:r;

spetsstöt i 5:te interst.; dyspné. 1 mån. senare: blåsljudet dubbelt, spetsstöten förflyttad nedåt; alb. i urinen; yrsel.

Sektion. Hjärtat hypertrofiskt och dilateradt, i synnerhet vänstra kammaren. Muskulaturen fast, köttfärgad. Mitralis' sensträngar förlängda, klaffen normal. Aortaklaffarna högeligen förändrade, de särskilda segmenten ej urskiljbara, blott en valvelficka kunde spåras. Aortaringen förstörd, i det den ena sidan däraf var förflyttad från hjärtat genom mynningen till en valnötstor, akut anevrismkavitet i öfre delen af ventrikelväggen. Klaffarna bildade en blomkålslik massa med en särskildt tjock och fast förlängning uppåt i aorta. På dennas anslagsställe var aortaväggen brusten eller perforerad, i det intima och media genombrutits och adventitia utbuktats till bildande af en säck, rymmande en bondböna (akut aorta-anevrism). Denna säck låg $1^{1}/_{4}$ cm. ofvanför öppningen till anevrismet i hjärtat. Detta senare motsvarade en prominent vegetationsmassa och intog den plats, som kom i kontakt med denna. Kammarytan af främre mitralfliken och några dess sensträngar beklädda med vegetationer. Aorta anmärkningsvärdt tunn och slapp. — Lindrig hydrops; gammal infarkt i ena lungan; stor infektionsmjälte med infarkter; lefver och njurar förstorade, börjande »katarral» inflammation i de senare.

Synes med afseende på uppkomstsättet vara ett färskt motstycke till mitt fall, hvilket det med stor sannolikhet motsvarat äfven i lokalisation. Jfr s. 50. (Ref.)

46. GORDON[19]). 1874. *Aneurysma dissecans cordis.*

Man, ålder ej angifven. Inkom på sjukhuset för en häftig smärta i epigastrium med hosta och blodigt expektorat. Krepiterande rassel vid basen af högra lungan och framtill; för öfrigt sträft respirationsljud. Kongestion åt lefvern. Det enda tecken från hjärtat, som kunde konstateras, var »un bruit de roulement».

Sektion. Man fann bakom en af aortaklaffarna och utan insufficiens hos dessa en ruptur af aorta inom sinus Valsalvae. Öppningen kommunicerade med en anevrismatisk säck, belägen i vänstra kammarens vägg; denna säck hade nedtill öppnat sig i hjärtkaviteten. Den var fyld med en massa »organiseradt fibrin». — Lungorna voro säte för en diffus apoplexi.

Af det korta referatet synes det troligt, att anevrismet tillhört den vanligaste, *interparietala*, formen. Orden »i vänstra kammarens vägg» skulle väl antyda ett parietalt anevrism, men få sannolikt, likasom det liktydiga uttrycket i föregående fall och det ofta förekommande: »i kammarens substans», anses bero på ovetskap om det preformerade bindväfsrummet kring aortaroten. (V.)

47. LANCEREAUX[35, 36]). 1881.

44-årig dagsverkare. Ingen anamnes. Blek ansiktsfärg, cyanotiska läppar, ytterlig andnöd; utbredd hjärtdämpning, dubbelt blåsljud öfver

hjärtbasen, fortledt öfver aorta; frekvent puls, feber. Död 2 dagar efter inkomsten.

Sektion. Gammal obliteration af hjärtsäcken. Hjärtat stort, högra halfvan dilat., den vänstra hypertrofisk; myokardiet blekt, gulaktigt med en större sklerotisk härd i vänstra kammarens spets. Högra hjärthalfvans klaffar och mitralis normala. Aortaklaffarna insufficienta och påtagligt förändrade; blott en af dem har bevarat sin form; en är förtjockad, på kammarytan betäckt af vegetationer, under hvilka finnes en rätt stor substansförlust. Den tredje klaffen är förstörd, reducerad till några i kammaren nedhängande trasor. Denna klaff visar vid sin bas en hasselnötstor exkavation med varbelagda väggar. Exkavationen sträcker sig bakom tunica media (aortaroten. Ref.) aortæ, som den skiljer från tunica externa (epikardiet. Ref. Jfr s. 28). Aorta och kransartererna friska. — Hydrothorax, lungemfysem och hypostas; förstorad mjälte med abscesser och smältande infarkter; äldre infarkt-ärr i njure; förstorad staslefver; tarmekkymoser; thyreoidea förstorad, degenererad, delvis petrificerad.

Fallet anföres af L. som »exempel på ett slags *dissekerande hjärtanevrism*». (Jfr afd. historik, s. 32.)

I aortaroten vid klaffästet, där rupturen inträffat, som ledt till anevrismets bildning, existerar ingen särskild media. Anevrismet låg ganska visst i spat. peri-aort. (förmaksdelen?) (Ref.)

E. *Dissekerande anevrismer i hjärtats fria ytterväggar* (5 fall).

48. CORVISART [8]). 1818.

Neger, 27 år. Intogs 1796 på Hôpital de la Charité i ett tillstånd af yttersta beklämning och ångest, så att någon anamnes ej kunde erhållas. Respirationen var hindrad (constrained) och afbruten. Han erfor litet smärta i bröstet, »which further emitted a good sound all over»; klagade öfver häftig smärta i mag- och lefvertrakten. Puls liten, mjuk, frekvent. Följande dag tillkom en så profus näsblödning, att den påskyndade döden, som inträffade samma dag.

Sektion. Hjärtat af vanlig storlek, men öfre och laterala delen af vänstra kammaren var täckt af en tumör, nästan så stor som hjärtat, och hvars bas omärkligt öfvergick i (was confounded with) organets väggar. För att utifrån skära sig in till tumörens centrum måste man klyfva ett brosklikt lager, något tjockare än kammarväggen. Substansen, som bildade tumören, hade visserligen broskkonsistens men behöll utseende och färg af muskelväfnad. Insidan af tumören innehöll lagrad trombmassa alldeles som i en anevrismkavitet på extremiteterna, men blekare. Kaviteten kommunicerade med kammarens inre genom en liten öppning med glatt kant. Det var påtagligt, tillägger CORVISART, att denna tumör bildats mellan hjärtköttet och viskerala perikardiet, som intimt adhererade till säckens yta.

Mitralis förtjockad och ossifierad. — Magen och tarmarna innehöllo en betydlig mängd blod.

CORVISART gör följande reflexioner: »huru förklara bildningen af en sådan tumör? Kan den bero på en ofullständig ruptur af hjärtats inre muskelvägg? Kan ett inre lager af hjärtmuskulaturen lacereras af någon orsak? Kunna de inre lagren ha undergått dilatation och bildat ett anevrism, under det de yttre förblifvit hela?»

Detta kroniska anevrism's uppkomstsätt är osäkert, men hypotesen om en akut anläggning genom dissekerande klyfning af kammarväggen (inom myokardiet?, mellan myo- och epicardium?) efter ruptur af inre lager synes vara den enda någorlunda tillfredsställande förklaringen. (V.)

49. HANNA [21]). 1835. *Aneurysma aortae.*

31-årig, ovanligt kraftig man, ridlärare. Fick ett par dagar efter fall från hästen plötsligt hjärtklappning med illamående och led sedan ständigt af hjärtklappning. Snart därefter förnam han till vänster om bröstbenets midt »ein lautes Krachen», hvarpå brännande smärtor infunno sig, hvilka stundom utstrålade under scapula och längs armen, voro ihållande och veko först för digitalis. När förf. såg patienten, var denne mycket afmagrad och försvagad med vanliga symptom af hjärtlidande, andnöd, hjärtklappning, hosta o. s. v. Puls liten men regelbunden. Mellan 2:dra och 3:dje refbenet nära sternum hördes »das laute Rauschen einer Flüssigkeit nebst einem zwar in der ganzen Herzgegend, besonders aber an jenem Punkte vernehmlichen Doppelschlage». En tydlig skafning (Scheuern) kändes på detta ställe. Klar perkussionston därstädes. Tillståndet försämrades, svår ångest af kväfningskänsla. Efter en dosis opium (ej föreskrifven af läkare) momentan lättnad, åtföljd af ett häftigt kväfningsanfall och död.

Sektion (omfattade blott hjärtat). Fibrinös perikardit. Hjärtat dubbelt så stort som vanligt. Vänstra kammarens yttre vägg inneslöt en håla af en liten apelsins omfång, hvilken bildade en prominent tumör i öfre, främre delen af kammarkaviteten, från hvilken den var skild endast af det betydligt opaka och förtjockade endokardiet. I ytterväggen var muskelväfnaden alldeles utplånad som genom tryck. Väggen var för öfrigt betäckt med fibrin. Anevrismet kommunicerade med vänstra sinus Vals. aortæ, ungefär 8 mm. under kransarterens ursprung genom en liten, rund, glatt mynning af ett par liniers genomskäring. Det synes ha framsprungit endast eller hufvudsakligen mot vänstra kammarkaviteten och hotade att brista dit. — Alla hjärtats klaffar friska. Aorta af vanlig storlek och friskt utseende.

THURNAM [79]), som själf undersökt preparatet, är på grund af mynningens mycket ringa omfång i förhållande till anevrismsäckens och på grund af anamnesen böjd antaga, att fallet är ett falskt anevrism, hvilket »uppdissekerat hjärtats muskelvägg» (a. st., s. 383).

Anevrismet skulle således vara analogt med föregående fall, sådant jag sökt förklara detta, ehuru med annan utgångspunkt för den travmatiska rupturen. Sannolikare synes mig en uppkomst på samma väg som i DUROZIEZ' fall (n:r 31), med hvilket detta öfverensstämmer i de flesta afseenden, ehuru det tyckes hafva haft ett mera exklusift parietalt läge. (Ref.)

50. BENNET[3]). 1867. *Aorta-anevrism.*

40-årig kolbärare. Arbetat tungt och farit illa i sitt lif. Intogs omkring 1 månad före döden på sjukhus. Häftig hosta och hjärtklappning; ödem, ascites, bronkit; mycket ökad hjärtdämpning; ytterst häftig och oregelbunden hjärtvärksamhet; starkt systoliskt blåsljud öfver hela hjärttrakten, starkast midt på sternum, fortledt öfver aorta och kärlstammarna ända ned i bäckenet. Mycket ägghvita i urinen. Öfvergående ömhet midt öfver sternum; hjärtstöten starkast på denna punkt. Förbättring första tiden, men därpå försämring med tilltagande hydrops och ortopné till döden.

Sektion. Omedelbart bakom sternum ett anevrism, som låg öfver hjärtbasen och trängde den bakåt. Sternum vidvuxet tumören och usureradt. Perikardiet genom fasta och gamla adhesioner fastvuxet vid hjärtat och likaledes fast förenadt med sternum, där hvarest tumören tryckte mot detta, så att anevrismsäcken syntes nästan helt och hållet vara bildad af det adherenta perikardiet. Anevrismet innehöll massor af lagradt fibrin, hvilka i synnerhet fylde den del af säcken, som sträckte sig ned under aortamynningen. Aortaostiet mynnade direkt i säcken, dess klaffar voro fullständigt friska och slutande. Bakväggen af anevrismsäcken bildades af högra förmakets och högra kammarens väggar; tumören inbuktade i båda dessa kaviteter och komprimerade trikuspidalostiet. Nedåt sträckte sig anevrismsäcken längs framsidan af högra kammaren till 2 fingers bredd öfver diafragma. Aortas fibrösa väfnad kunde spåras från kärlet ofvanpå tumören ett stycke af dess vägg, men ej öfver hela tumören. Det syntes sannolikast, att anevrismet nått sitt stora omfång ej genom tilltagande dilatation af (den anevrismatiska) sinus Valsalvae utan genom ruptur af denna i det adherenta perikardiet. Högra kransarteren vid ursprunget tillsluten. Vänstra kammaren hypertrofisk, men dess ostier normala. — Stora granulerade njurar.

Ett slags dissekerande hjärtanevrism under de sammanlödda hjärtsäcksbladen efter ruptur af aortaanevrism. (Ref.)

51. MURRAY[51]). 1869. *Dissekerande anevrism i högra hjärthalfvans vägg.*

30-årig skräddare. Pat., förut frisk, hade påträffats sanslös på gatan och förts till sjukhus, där han dog efter 1 timme. Dubbelt blåsljud vid hjärtbasen, systoliskt vid spetsen.

Sektion. Perikardiet öfveralt adherent, mycket förtjockadt, med exsudatrester mellan bladen. Valnötstort aortaanevrism, utgående från

framväggen strax ofvanför klaffarna och af den oblitererande perikarditen bundet vid högra hjärtväggen, neddraget öfver sulcus atrio-ventricularis dexter. Säcken innehöll lagradt fibrin och cruor. Bristning af aortaanevrismet med blödning under pericardium viscerale, som därigenom lyftats från de högra hjärtkaviteternas vägg till bildning af en mycket stor kavitet, hvilken genom en trång öppning kommunicerade med aortaanevrismet. Kaviteten i hjärtväggen, hvilken starkt förträngde högra förmaket och kammaren, var utspänd af omkr. 100 gm cruormassa. Därjämte fans ett fåtal, tunna och måttligt fasta, lagrade fibrinlameller fästa vid väggarna, hvilka voro fasta med skroflig yta. Däraf sluter M., att en mindre kavitet måste ha existerat någon tid, ehuru utan symptom, och först efter förnyadt genombrott af den ursprungliga, sannolikt tillslutna rupturöppningen utvidgats till sitt vid sektionen funna omfång med kompression af högra hjärthalfvan och hastig död.

Analogt med föregående fall. (Ref.)

52. HILL[24]). 1873. *Fall af dissekerande hjärtruptur.*

65-årig kvinna. Träffades midt under vanlig hälsa af akut smärta i hjärttrakten, åtföljd af stark dyspné och kräkning; lindrig kollaps, oregelb., mycket svag hjärtverksamhet, inga blåsljud. Tillståndet förbättrades betydligt efter stimulantia, men efter ett dygn plötslig död. Medvetandet bibehållet till slutet.

Sektion. Hjärtsäcken fyld af blod, som utträdt genom en ruptur i högra förmaket. Vänstra hjärthalfvan betydligt hypertrofisk, den högra mycket atrofisk. Muskulaturen allmänt fettdegenererad. Intet valvelfel. Rupturöppningen gick ej tvärt genom förmaksväggen, utan först hade endokardiet och en del af den degenerade muskulaturen genombrutits, hvarefter »blodet i betydande utsträckning åt alla håll uppdissekerat hjärtväggen i två skilda lager och slutligen genombrutit det yttre lagret till hjärtsäcken» 5 cm. närmare vena cava sup., än genombrottsstället i det inre lagret låg. Båda öppningarna voro små. Det genom denna dissektion uppkomna mellanrummet i hjärtväggen var fyldt med ett lager af alldeles färskt koaguleradt blod. — Lungor friska. Lefver och njurar fettdegenererade.

Detta fall af färskt dissekerande vägganevrism i hjärtat öfverensstämmer till alla delar med de dissekerande rupturer af aortaväggen, som utgöra flertalet af de därifrån beskrifna dissekerande anevrismerna. (Ref.)

F. *Dissekerande klaffanevrismer* (8 fall).

53. LÖBEL[44]). 1843. *Anevrism i aortafliken af mitralis i följd af varhärdar i hjärtsubstansen.*

32-årig man, kommissionär. Några månader förut ledgångsreumatism. Insjuknade på nytt i samma sjukdom och intogs efter några

dagar på sjukhus. Stark feber, hjärtklappning, ihållande tryckkänsla i hjärtgropen. Efter 3 timmar en lungblödning på $^1/_2$ liter och kort därpå död under kväfningsanfall.

Sektion. Hjärtat förstoradt, vänstra kammaren dilaterad och hypertrofisk. I hjärtköttet, under och bakom insertionen af lungarteren i conus arteriosus, »altså i öfversta delen af främre väggen för vänstra kammaren och i det angränsande septum ventriculorum» fans en nästan hasselnötstor, oregelbunden härd och under denna en andra, mindre härd, båda innehållande tjockt, grårödt var (abscesser i spat. cono-aort. Ref.). Bådas vägg syntes utåt ekkymoserad men bildade inåt en med endokardiet sammansmält svål, 1—$1^1/_3$ lin. tjock. Ur den första härden ledde flere fina sinus in mellan lamellerna af den högra aortaklaffen, enstaka t. o. m. in i klaffickan. Den andra härden genombröt med en ärtstor, trasig öppning det närbelägna endokardiet strax ofvanför aortafliken af mitralis. Under och bakom denna rupturöppning fans en andra något mindre, skild från den förra genom ett luckert, köttigt septum. Denna ledde in till en tredje och minsta varhärd, som sänkte sig ned mellan lamellerna af bicuspidalis' aortaflik på sådant sätt, att den upplyftade den mot förmaket vettande klaff-lamellen till en hasselnötstor, anevrismatisk säck, till största del fyld af fast fibrinmassa. Säcken var på ett linsstort skrofligt ställe mycket förtjockad och silformigt genombruten åt kammarkaviteten, på ett annat ställe besatt med en fast anlödd vegetation af en ärtas omfång. Både aorta- och mitralisklaffarna besatta med fasta vegetationer, de förra på båda ytorna men i synnerhet rikligt på inre (kammar-)ytan och närmast öfre omgifningen af den nämnda angränsande öppningen i aortafliken af mitralis. — Höggradigt lungödem.

Interst. anevrism i främre mitralfliken efter genombrott till vänstra kammaren vid klaffens bas af en abscess mellan klafflamellerna. Dessutom abscesser och »dissekerande» vargångar inom spat. periaort. med utlöpare mellan lamellerna af en aortaklaff samt inbrott i klaffickan och i vänstra kammaren. (V.)

54. v. DUSCH [13]). 1851. *Anevrism i en aortaklaff.*

36-årig sockerarbetare. 1 månad före döden akut pnevmoni med recidiv och protraheradt förlopp. Tecken på organiskt hjärtfel. Död under fenomen af hektisk konsumtion. En vecka före döden: bomberad hjärttrakt; ökad breddämpning; öfver kamrarna inga hjärttoner hörbara, ett sträft ljud under både systole och diastole, andra pulmonaliston utomordentligt förstärkt, andra aortaton normal, puls liten, frekvent; ödem vid fotlederna.

Sektion. Gamla adherenser mellan hjärtsäcksbladen framtill, fibrinös perikardit i synnerhet vid basen af vänstra kammaren. Vid basen af högra kammaren åt septum till sitter en hasselnötstor kropp, som utgöres af en, väl linietjock, fibroid kapsel, hvilken innesluter två rum, innehållande tjockt gulgrönt var med grofkorniga kalkkonkrement (kron. abscess i spat. periaort? Ref.) Art. pulmonalis och conus art. dexter vida, högra

kammaren för öfrigt liten. Högra sidans klaffar normala. Vänstra kammaren hypertrofisk, något dilaterad, dess conus mycket vid. Mitralis insufficient, jämte sensträngar förtjockad, vaskulariserad. Endokardiet i vänstra förmaket grumladt, i vänstra kammaren förtjockadt, subendokardiala ekkymoser. Aortaklaffarna insufficienta, ostiet förträngdt; klaffränderna och fästena fibröst förtjockade. Bakre klaffen företer en hasselnötstor tumör, som till större del inskjuter i kammaren, föga i klaffickan. Tumören ligger mellan de båda endocardiiblad, som bilda klaffen, och håller dem skilda från hvarandra. På den mycket uppluckrade ytan mot aorta fins en oregelbunden, tvärgående remna, som bildar ingång till svulstens håla. Kammarbladet i klaffen är likaledes skört och bräckligt men ej brustet. Hålan mellan de båda bladen är fyld med sköra, sönderklyftade gulgrå fibrinkoagel och kalkkonkrement. Utbredd förkalkning vid klaffens bas. Aorta normal. — Fibrinös pnevmoni, adhesiv plevrit; staslefver; stor mjälte med infarkt; infarkt i ena njuren; ekkymoser i peritoneum.

v. D. anser klaffanevrismet sekundärt till endokarditen, vågar ej afgöra om det fans vid inkomsten (1 månad före döden), tror det ej vara särdeles gammalt. Det kan ha uppkommit antingen ur en abscess mellan klaffbladen, hvilken tömt sig genom den förefintliga öppningen, eller direkt genom diastoliskt anslag af blodet, som först rumperat den inflammatoriskt uppluckrade yttre klafflamellen, därefter infiltrerat sig i klaffen och trängt den inre lamellen mot kammaren. Finner det senare alternativet sannolikast, då det förra bort medföra pyemi. Intet af de fysikaliska tecknen hänförde sig till anevrismet som sådant.

Dissekerande anevrism i bakre aortaklaffen, möjligen utgånget ur abscess. (Ref.)

55. LAMBL [38]). 1860. *Aneurysma coni aortici in valvula bicuspidali.*

53-årig man, död på dåranstalt »an hydrops catarrhalis». Inga kliniska uppgifter angående hjärtat.

Sektion. Högra aortaklaffen har normal storlek och form. »Den vänstra och den främre» (= den bakre och den vänstra? V.) hafva sammansmält till ett gemensamt segel utan annat spår af den ursprungliga delningen på kammarytan än en diffus valk, som i midten af vidfästningsranden åt kammaren till öfverhänger och stänger en oval lucka af 8 mm. längd, 4 mm. höjd. På aortaytan däremot kvarstår ännu en uppdelning af seglet i 2 hälfter genom en 3—4 mm. tjock ås, som håller hela klaffseglet nästan 1 cm. aflägsnadt från aortaväggen. Åsen utgår med bred bas från aortaväggen något nedanför de öfriga fästepunkterna för klaffarna (klaffvinklarna) och fäster sig med en smalare spets vid klaffseglet i botten för sinus rätt ofvanför den ofvan nämnda luckan, som på kammarsidan markerar den ursprungliga uppdelningen i två klaffar. Den styfva åsen medför en lätt stenos i ostiet, hvarjämte klaffarna äro insufficienta genom afrundning och förtjockning (retraktion? Ref.) Den under klaffseglet vid aortaroten be-

fintliga luckan leder in i en rymlig håla med talrika sinuositeter, som alla äro inneslutna i det inre (främre) seglet af mitralklaffen. De största genomskäringarna af hålan belöpa sig till nära 1,5 cm. De båda bladen af endokardiet, hvilka bilda klaffseglet, äro på sådant sätt aflägsnade från hvarandra och uppblåsta, att förmaksytan företer flacka, kullriga förhöjningar, kammarlamellen däremot ett stort antal säckformiga utbuktningar, på hvilkas toppar papillarmusklernas senor fästa sig. I det inre iakttar man efter öppnande af anevrismet ett antal större afdelningar samt mindre, klyftformiga och rundade fördjupningar med flytande blodinnehåll. Såväl yttre som inre ytan äro fullkomligt glatta samt likformigt tunna och genomskinliga. Den säckformiga uppblåsningen af klaffseglet torde ha betingat en stenos af venösa ostiet utan att nödvändigt hafva varit förbunden med insufficiens af klaffen. Förhållandet i aortaostiet lemnar intet tvifvel öfrigt, att anevrismets uppkomst berott på en endokardit i conus (aorticus).

Vackert specimen på ett gammalt dissekerande anevrism i främre mitralfliken efter perforation från vänstra kammaren af aortaroten — eller kammarens membranösa conusvägg — samt blodets inbrott sannolikt först i spatium atrio-aorticum och därifrån mellan klafflamellerna. Sekundära inbuktningar äfven mot kammarkaviteten genom traktion af chordæ tendineæ. (V.)

56. LÖBEL [45]). 1870.

30-årig man, »Schriftenmaler». Hosta och afmagring sedan 8 månader. Intogs på sjukhus 10 veckor före döden. Hjärtstöt i 6:te interst. 1 tum utanför mam.-lin., »lyftande». Hjärtdämpn. förstorad i synnerhet i längdriktning, i tvärriktning knapt öfverskjutande meddellinien. Vid hjärtspetsen ett blåsande, hvinande, systoliskt biljud; 2:dra pulmonaliston akcentuerad. Särskildt påfallande var in medio sterni (altså från ostium aorticum) »ein hauchendes systolisches Geräusch» och ett exkvisit musikaliskt, utdraget, pipande, diastoliskt ljud, som fortleddes längs aorta till 2:dra högra interkostalrummet. Pulsus celer (klopfend, tönend). Efter en månad utvecklade sig småningom anasarca. I 9:de veckan hemorragisk infarkt i högra lungan. Under denna tid blefvo två konfluerande, skarpa, sågande ljud i vänstra kammaren hörbara, af hvilka det systoliska likaledes hade en pipande biklang.

Sektion. Hjärtat förstoradt i längd, vänstra kammaren hypertrofisk. På aortasidan af septala fliken af den i synnerhet mot insertionen förtunnade bicuspidalis ett ärtstort hål, genom hvilket man inkommer i en tvåflikig säck, belägen på förmakssidan. Säcken är hopveckad vid basen och toppen af båda utbuktningarna samt visar några linievida, sprickformiga remnor, som tilltäppas dels af lösa blodkagel, dels af fibrin. Väggen till den omkring kastanjestora säcken fortsätter sig i klaffväfnaden men skiljer sig

från denna genom uppluckring och succulens samt skroflighet hos ytan. Anevrismet inträngde fistulöst äfven i aortaklaffen och perforerade äfven den.

Bicuspidalis' senrådar besatta med hirskornstora vegetationer. De nedträngda, slappa aortaklaffarna på sin kammaryta längs fria randen likaledes besatta med tuppkamlika, gelatinösa vegetationer; exkrescenserna på den bakre och den vänstra klaffen i trakten af noduli sönderslitna och rupturställena dolda af blodkoagel. — Röd hepatisation i högra lungan. Lefver, njurar »förtätade» och förstorade, magslemhinnan skiffergrå.

Sannolika förloppet: 1) perforation från sinus Vals.(?) till följd af den akuta endokarditen med blodets inträngande samma väg som i föregående fall (eller abscess mellan klaffbladen och varets genombrott i motsatt riktning), 2) interstitielt anevrism i främre mitralfliken, 3) direkt genombrott till vänstra kammaren, hvarefter denna perforat.-öppning under systole öfvertagit rolen af ingång till anevrismet och detta mer öfvergått till den vanliga typen för klaffanevrismer, 4) rupturer till förmaket. (V.)

57. SIMON[74]). 1871. *Anevrism i mitralklaffen.*

16-årig arbetare. Frisk till 5 veckor före döden; från denna tid andnöd, hjärtklappning, dock arbetsför till 8 dagar före döden, då han insjuknade akut med en plötslig och ihållande frossbrytning. På tredje sjukdomsdagen häftiga krampanfall, sedan dess medvetslös. Feber, omkring 39,6°; liten puls, frekv. 142; resp.-frekv. 48. Ökad breddämpn. öfver hjärtat; utomordentligt svaga hjärttoner utan biljud. Sista dagen: talrika petekier; kollaps.

Sektion. Serofibrinös perikardit med utbredda blödningar och tuberkellika knottror i perikardiet. På mitralis' aortaflik en rundad prominens, sammansatt af fasta, gulhvita fibrinkoagel. Efter partielt aflägsnande af dessa syntes i midten af klaffseglet, intagande största delen af detta, en rundad substansförlust, 2,5 cm. hög, 3 cm. bred, hvilken var utfyld af de ofvan nämnda fibrinkoaglen, och hvars ränder voro omrullade utåt. Också bakåt utbuktade klaffen, och här funnos 2 små öppningar, en större, oval, 1 3/4 cm. bred, ej fullt 1 cm. hög, belägen utåt till vänster ungefär 1 1/4 cm. från klaffinsertionen, samt en mindre, rund, knapt 1/2 cm. i genomskärning, belägen 2 cm. från den förra i jämnhöjd med denna nära föreningen af båda mitralflikarna. Äfven här voro kanterna mycket tydligt utåt rullade. Således fans i aortafliken af mitralis en af fibrinkoagel fyld stor kavitet, hvilken genom en stor öppning på främre, två små på bakre ytan kommunicerade med kammaren (resp. förmaket. Ref.). Denna håla gränsade uppåt till aortaklaffarna och befans äfven stå i direkt kommunikation med (klaffickorna bakom) de »yttre» (= den bakre och den vänstra, Ref.) aortaklaffarna. Det förelåg således ett klaffanevrism,

utgånget från den »yttre» (= vänstra, Ref.) aortafickan och inträngdt i mitralis. Den omkring ärtstora kommunikationsöppningen låg i botten på fickan, omgifven af fibrinkoagel, som aflagrats på det skrofliga klaffendokardiet. Den vänstra hälften af klaffen med nodulus var djupt utbuktad. Äfven den »inre» (= bakre) aortafickan hade en af fibrinbeläggning dold kommunikation med mitralanevrismet. Däremot fans ingen direkt förbindelse mellan båda klaffickorna. Den främre (högra) aortaklaffen visade fettdegenerade fläckar och enstaka fibrinaflagringar samt, liksom den bakre, förtjockning och fördubbling af nodulus. En kilformig gul härd i vänstra kammarens myocardium 5 cm. ofvanför spetsen med sin bas riktad mot perikardiet. Ekkymoser i högra kammarens endocardium, fläckar af fettdeg. i dess muskulatur. Embolier i kransartererna. Enstaka gulaktiga, något framspringande fläckar i aorta. — Hudblödningar; emboliska encefalomalacier, extravasat i pia; färska lunginfarkter, bronkit; infektionsmjälte(?); äldre och yngre infarkter i njurarna; hemorr. infarkt i mesenteriet.

Förloppet torde varit hufvudsakligen det samma som i föregående fall. Att anevrismet ursprungligen bildats interstitielt genom det diastoliska aortatrycket och sekundärt brustit till vänstra kammaren liksom till förmaket, bevisa de äfven mot kammaren utåt rullade rupturkanterna. (Ref.)

58. LEGG[38]). 1883. På tal om kongenitala anevrismer i pars membranacea septi (med mynning i vänstra kammaren) meddelar LEGG (a. st., s. 202) följande: »Jag har nyligen påträffat ett mycket intressant fall. — — — Anevrismet var riktadt mot trikuspidalringens plan och åtskilde sålunda trikuspidalklaffens lameller från hvarandra samt åstadkom en kavitet mellan dem, så att säcken syntes gräfva sig in i själfva trikuspidalklaffens egen substans».

Detta och nästföljande, därmed analoga fall äro sannolikt icke disekerande anevrismer i sträng mening, då de antagligen från början ha en själfständig vägg i det anevrismatiska vänstra kammar-bladet af pars membranacea. Genom bristning af detta primära anevrism kunna de dock antagas eventuelt öfvergå till verkligt dissekerande. I alla händelser få de sitt intresse af sin klaffen uppklyfvande utbredning och torde från denna synpunkt försvara en plats bland dissek. hjärtanevrismer. (Ref.)

59. MONEY[48]). 1887. *Hjärtanevrism.*

5-årig kvinlig idiot. Syfilis sannolik. Diverse abnormiteter i skallen och ansiktet. Äfven bröstet något deformt. Starkt systol. blåsljud öfver hjärtat.

Sektion. Anevrism i pars membr. septi ventric., hängande i högra kammaren med mynning till den vänstra. Ett hål med rund, glatt kant, af 2 mm. genomskäring nära dess spets. Anevrismets väg-

gar äro bildade af tricuspidalis' septala flik. Dess kavitet synes ha uppkommit genom öppnande af det »potentiela mellanrummet» mellan septalflikens lameller. Hela trikuspidalklaffen är förtjockad och oböjlig, en af flikarna perforerad. Klaffen har ett »bukigt» (»pouchy») utseende, i synnerhet septala flikarna, de äro faktiskt konvexa. Mitralis har en likartad beskaffenhet, dess större flik är mycket konvex mot kammarkaviteten. — Hjärntumör (sannolikt syfilom, jfr referat i Brit. Med. Journ. 1884, II, s. 909); fibröst-ostiga bronkialkörtlar.

Se anm. under föregående fall.

60. GALLIARD[17]). 1880.* *Aorta-klaff-anevrism.*

42-årig man. Ej reumatism. Dyspné, palpitationer, ödem. Till höger om sternum, i jämnhöjd med 3:dje refb. ett sträft blåsljud, som började med första tonen och delvis täckte den andra samt utbredde sig nedåt längs sternum och hördes äfven på ryggsidan. Plötslig död under sömnen.

Sektion. Stort hjärta, vänstra kammaren hypertrofisk. Vänstra aortaklaffen förtjockad, indurerad med en ateromatös härd. På den högra främre, å dess öfre yta, ett ärtstort hål med söndriga (déchiquetés) kanter, lemnande tillträde till en anevrismficka, utgräfd i klaffens inre och sträckande sig in i kammarens muskelvägg. Anevrismet hade en annan mynning på kammarsidan. Dess form oregelbunden.

»Förutom den lilla kaviteten, som bildats mellan klaffens båda lameller och var tapetserad med ateromatösa plaques, fans ett divertikel, bildadt genom dissektion af hjärtmuskeln».

I den förändrade klaffens fria kant fans ett annat mindre divertikel och på aortasidan ytterligare en liten depression, början till en analog bildning.

SERGENT[72]) anser anevrismbildningarna bero på kronisk aortit i klaffen.

Dissek. anevrism i den högra, ateromatösa aortaklaffen, sekundär ruptur till kammaren. Anevrismet fortsätter sig genom aortaroten ut till närmaste del af spat. cono-aort.(?). (Ref.)

Utom dessa 8 fall af dissek. klaffan. och ett par förut refererade fall af interparietala an., som möjligen delvis öfvergått till valvulärt dissekerande (HABERSHON, MOORE) samt JANSENS, där båda slagen tyckas förekomma samtidigt och oberoende af hvarandra, finnes ett mera tvifvelaktigt fall i tricuspidalis, beskrifvet af THURNAM[78]) (fall 10, s. 253) och ett i mitra-

* För sent erhållen anvisning på orig.-publikationen har hindrat fallets införande på rätt ställe i kasuistiken (efter n:r 57).

lis, flyktigt omnämndt af ROKITANSKY[69]) (s. 502). Från en varhärd i hjärtköttet (spat. atrio-aort.? Jfr s. 29. Ref.) går i ROKITANSKYS fall, som sannolikt hör hit, en sinus in i aortafliken af bicuspidalis. Öfver denna är klaffen från kammaren uppsliten och hela sinus förvandlad till en anevrismatisk säck.

VI.

Öfversikt af de dissekerande hjärtanevrismernas patologi.

1. Läge och utgångspunkt.

Dessa 60 mer och mindre säkra fall af dissekerande hjärtanevrismer fördela sig på de skilda formerna på följande sätt.

Interparietala, d. v. s. fullständigt eller delvis belägna i spatium periaorticum cordis, äro, så vidt af beskrifningarna synes framgå, icke mindre än 47 fall, således öfver $^3/_4$ af hela antalet. Därvid måste dock den inskränkningen göras, att några varit hufvudsakligen septala, och att det i många fall ej kan afgöras, i hvilken utsträckning anevrismet inkräktat på nämnda spatium och på septum. Af dessa interparietala anevrismer tillhöra: 1 fall hela spatiet rundt om aorta, 25 förmaksdelen och ungefär hälften så många, 13, conusdelen af spatiet, om ock i några fall gränsen mellan båda afdelningarna något öfverskrides. De återstående 8 fallen kunna ej med visshet närmare lokaliseras, men sannolika skäl tala för, att de ytterligare skulle öka öfvervikten i frekvens för förmaksdelen gent emot conusdelen.

Som rent *septala* framställas nästan alla conusdelen tillhöriga fall, då författarna ej känna eller taga hänsyn till något mellanrum mellan de båda coni arteriosi, resp. mellan conus dexter och aorta, men i mera utpräglad grad kammarseptum uppklyfvande synas endast THOMPSONS, två af KIDDS (n:r 36 o. 37) samt framför alt PICKS fall hafva varit. Den verkliga pars membranacea septi torde väl, ehuru vanligen fast fogad, under patologiska förhållanden kunna uppklyfvas, dock känner jag intet säkert fall af anevrism mellan dess båda blad, om ej möjligen MOORES, där anevrismet uppgifves tillika hafva inträngt i septala trikuspidalflikens substans. — Ehuru möjlig-

heten af en patologisk uppklyfning af främsta delen af förmaksseptum ännu mindre torde kunna förnekas (jfr s. 25), ha de fall från förmaksseptum, som föreligga (ROKITANSKY, MAGUIRE, JACCOUD), antagligen till största del legat framför det egentliga septum i vinkeln mellan de båda förmaksframväggarnas öfvergång i detta och således tillhört spat. atrio-aorticum. I JACCOUDS fall uppgifves anevrismet ha legat i både förmaks- och kammarskiljeväggen.

Af de interparietala anevrismerna synas åtminstone 4 eller 5 fall (ARNOTT, DUROZIEZ, THOMPSON(?), KIDD, n:r 37, och KRZYWICKI, n:r 39) delvis hafva öfvergripit på fria hjärtväggar och således bildat öfvergång till den parietala formen. Rent *parietala* äro af alla 60 endast 5, delvis mindre säkra fall. Denna form synes altså vara den sällsyntaste af alla.

Till den sista formen, den *valvulära*, höra — förutom ett par möjliga öfvergångsfall bland de interparietala (HABERSHON, MOORE) och ett fall af dissekerande uppklyfning af främre mitralfliken vid ruptur af ett sådant anevrism (MAIER) samt ett sannolikt fall i samma flik tillsammans med ett själfständigt anevrism i spat. atrio-aort. (JANSEN) — 8 fall af de 60.

Utgångspunktens läge för samtliga fall med undantag af de valvulära, hvilka bilda en mer fristående grupp, framgår af nedan stående tabell:

	Antal fall med utgångspunkt				Summa fall.
	ur hjärtkavitet**.	från platsen för brustet aortaklaffäste.	ur aortakaviteten.	obestämd; ur aorta eller v. kammaren?	
Anevrismer i spat. atrio-aort.*...	16	4	5	1	26
An. i spat. cono-aort., inkl. septala	6	1	6	—	13
An. med obest. läge inom spat. periaort.	2	1	1	4	8
Parietala anevrismer..........	2	—	3	—	5
Summa fall	26	6	15	5	52

Af denna tabell framgår, att de från hjärtat utgångna fallen af där upptagna anevrismformer äro vida vanligare än

* ARNOTTS fall medräknadt såsom hithörigt till utgångspunkt.

** Ur vänstra kammaren i alla fall utom ett af de parietala (HILL), där utgångspunkt var högra förmaket.

de ur aortakaviteten utgångna fallen. Räknas till de ur hjärtat utgångna äfven fallen från platsen för det rumperade klaffästet, hvilket ju anatomiskt tillhör hjärtat, (utom 1 fall af PEACOCK, n:r 4, där anevrismet genom den ofullständiga rupturens riktning öppnade sig hufvudsakligen mot sinus Valsalvæ, och som således bör räknas till aortafallen), så erhållas för anevrismer, utgångna ur hjärtat, och sådana utgångna ur aortakaviteten frekvenstalen 31 och 16 resp. Denna öfvervikt för de förra beror nästan uteslutande på anevrismerna i förmaksdelen af spat. periaort. och torde, liksom de sist nämndas dubbelt större frekvens än anevrismernas i conusdelen (26 : 13), få sin hufvudsakliga förklaring af det i afdeln. II (s. 23—24) påvisade locus minoris resistentiæ hos väggen mellan kammaren och spatiets förmaksdel. I alla fallen af anevrism i spat. atrioaort. med utgång ur vänstra kammaren utom 1 (ROKITANSKYS) ligger mynningen inom denna del af väggen och i de flesta just under mellanrummet mellan den bakre och den vänstra aortaklaffen, där detta tunna väggparti i regel har sin största vertikala utsträckning (jfr s. 20).

I fallen af anevrism i conusdelen af spat. periaort. med utgångspunkt i kammaren synes mynningen, som naturligt är, ha legat tätt under eller mellan aortaklaffarna, oftast mellan den högra och den vänstra. Endast i THOMPSONS, sannolikt travmatiska fall låg den lägre, mellan två columnæ carneæ.

Vid de 12 ur aortakaviteten utgångna fallen af anevrism i spatiet låg mynningen 1 gång i bakre klaffickan, 3 gånger i vänstra, 3 gånger säkert och ytterligare 3 gånger sannolikt i högra klaffickan; om de 2 återstående ej uppgift. De flesta gånger synes den ha legat intill klaffästet.

Af de 5 parietala fallen tillhörde 2 vänstra kammarens vägg, det ena (CORVISART) med utgångspunkt i kammarkaviteten, det andra (HANNA) i vänstra sinus Valsalvæ. 2 voro utgångna ur brustna aortaanevrismer och lågo mellan högra hjärthalfvans vägg och de sammanvuxna hjärtsäcksbladen (BENNET, MURRAY). Det 5:te fallet (HILL) var en dissekerande ruptur af högra förmakets vägg.

Bland de 8 valvulära fallen låg anevrismet i 4 fall i främre mitralfliken, 2 gånger med utgång ur vänstra kammaren vid eller ofvanför klaffseglets bas (LÖBEL, n:r 53, LAMBL), 2 gånger med sannolik utgång ur sinus Valsalvæ (LÖBEL, n:r 56, SIMON). I 2 fall låg det i en aortaklaff (bakre, v. DUSCH, högra,

GALLIARD) med utgång ur klaffickan samt i 2 i septala trikuspidalfliken med utgång ur vänstra kammaren (LEGG, MONEY).

2. Etiologi.

Conditio sine qua non för uppkomsten af ett dissekerande hjärtanevrism är blodets inträngande antingen tvärt igenom det ena af de båda väfnadslager, som sedan skola begränsa kaviteten, eller på annan väg in mellan dessa. I båda fallen fordras en primär kontinuitetsrubbning.

Bland de patologiska orsaksmoment, som med blodtrycket samverka till åstadkommande af denna, tillkommer första rummet *endokarditerna* och naturligen företrädesvis de ulcerösa formerna af dessa.

Akut eller subakut ulcerös endokardit synes hafva förorsakat det primära genombrottet åtminstone i 22 af de 47 interparietala (+ septala) fallen. I ytterligare några fall, bland dem mitt eget, har ulcerös endokardit förefunnits men anevrismet synts vara äldre än denna. Äfven bland de valvulära dissekerande anevrismerna synes den ulcerösa endokarditen jämte abscessen spela hufvudrolen som etiologiskt moment. Naturligtvis är det beträffande de interparietala företrädesvis de ur kammaren och på gränsen till sinus Valsalvæ i själfva klaffästet utgående fallen, som bero på ulcerös endokardit, men äfven vid primär lesion i angränsande del af sinus Valsalvæ kan orsaken vara en dit fortskriden endokardit (JANSEN, MOORE). Den akuta infektiösa endokarditen synes med lätthet kunna utbreda sig, så långt rotstrukturen når på aorta, såsom händelsen var med den sekundära, ulcerösa endokarditen i mitt fall. Men äfven vid genombrott högre upp i aortaväggen för sinus Valsalvæ kan en akut endokarditisk beröringsinfektion från den sjuka klaffen vara orsak, hvarpå HABERSHONS fall synes ge ett exempel, * under det att, som bekant, den så vanliga ateromatösa processen i aorta gärna upphör vid ingången till klaffickan. Detta sekundära öfvergripande på aorta af endokarditiska processer har blifvit påvisadt af bl. a. RICHTER[67]), hvilken särskildt framhåller dess betydelse för den spontana aortarupturen.

Utom i ett stort antal bland de nyss nämnda fallen af akut ulcerös endokardit har *kronisk endokardit* förefunnits och sanno-

---

* I MOXONS fall hade på samma sätt uppkommit ett särskildt aorta-anevrism.

likt stått i ett mera direkt orsaksförhållande till anevrismet i åtminstone 9 interparietala samt ett par valvulära fall. En kronisk endokardit kan på flere sätt tänkas underlätta en ruptur eller perforation genom blodtrycket. Först och främst kan den ge upphof till regressiva nutritionsrubbningar i väfnaden, bl. a. till ateromatösa härdar och sårbildningar, liknande dem vid kron. aortit (kron. ulcerös endokardit, endocarditis ulcerosa atheromatosa ORTH). Måhända ge, förutom GALLIARDS, QUAINS och FINGERS fall exempel härpå. För det andra inträffar säkert i många fall af kron. endokardit ej blott en verrukös utan äfven en ulcerös akut exacerbation, som sedan läkes och anatomiskt flyter samman med den kroniska processen, ja den kroniska förändringen i klaffapparaten torde ibland från början varit utgången ur en mindre malign, akut eller subakut, ulcerös endokardit, som gått till relativ hälsa, såsom särskildt v. BUHL framhållit. På något af de sist nämnda sätten torde HOLLS, KIDDS 4:de fall (n:r 37) och LAMBLS fall böra tolkas, såvida det först nämnda ej var en pågående akut ulcerös endokardit. KIDD anser nämligen, att anevrismet i hans fall beror på endokarditen och ej på den samtidiga ateromatosen i aorta. ARNOTT synes äfven antaga en akut ulcerös början i sitt gamla fall, ehuru det ej tyckes ha visat någon påtaglig kron. endokardit. Af de orsaksmoment, DUROZIEZ sätter i fråga, synes mig det, som hänför fallet till denna grupp, måhända ha största sannolikhet för sig. För det tredje kunna genom endokarditen uppkomna förkalkade massor i aortamynningen rent mekaniskt ledera väggen. Denna friktionens mekaniska betydelse framhålles af KIDD (n:r 35—36) samt af WEST (n:r 20—21), som mig synes dock med underskattande af infektionens betydelse, ty en vanlig ulcerös endokardit synes hafva varit med i WESTS fall och i KIDDS t. o. m. gifvit upphof till de lindrigt förkalkade vegetationerna. Slutligen kan en kronisk endokardit i aortaklaffarna indirekt befordra såväl anevrismbildningen som särskildt den initiala rupturen (vid utgångspunkt för anevrismet ur kammaren) genom tryckstegring inom kammaren. Detta är i synnerhet fallet vid *aortastenos*, som funnits i åtskilliga fall och i några tillskrifves större betydelse som orsaksmoment (PEACOCK, n:r 8 och 10, JACCOUD, THOMA). I samma riktning verkar också i allmänhet som ett bidragande orsaksmoment den väl oftast på föregående kron. endokardit beroende *hjärthypertrofien* specielt af vänstra kammaren, som omtalas i flertalet fall.

Som en mellanlänk i orsakskedjan mellan endokarditen och anevrismet torde stundom en *abscess* vara inskjuten. Emellertid måste här äfven möjligheten af en sekundär suppuration i anevrismet och dess vägg tagas i betraktande. Detta orsaksmoment torde vara möjligt vid alla former af dissekerande hjärtanevrismer. Tydligast påvisadt är det vid det valvulära (LÖBEL, n:r 53, JANSEN), men har varit sannolikt äfven i andra fall, såsom i ett af PEACOCKS (n:r 4) och i LEROUX's. Hit hör möjligen också ROKITANSKYS fall.

Näst efter endokarditen (inklusive hjärtabscessen) kommer väl i frekvens såsom orsak den *ateromatösa processen i aorta*, ehuru den måste stå långt tillbaka för den förra, då dess egentliga område ligger högre upp i kärlväggen än den del, hvarifrån i fråga varande anevrismer utgå. Denna orsak antages af HOPE i hans 4 fall, var säker i det ena af v. KRZYWICKIS (n:r 39), sannolik i POTAINS och antaglig äfven i ett af WESTS fall (n:r 38) samt möjlig i TODDS. I v. KRZYWICKIS fans säkert och i WESTS förmodligen *syfilis*. Syfilis förelåg sannolikt äfven i PICKS fall med samma utgångspunkt för anevrismet, men aorta tyckes ej varit ateromatös. Troligen tyder ateromatosen i aorta hos TODDS 36-årige patient (supare) också på syfilis.

I tredje rummet bland etiologiska moment torde väl få ställas ett *vanligt anevrism*, som föregått och genom sin ruptur framkallat det dissekerande, ehuru detta orsakssammanhang endast undantagsvis skulle kunna demonstreras. Ett litet brustet äkta anevrism från en sinus Valsalvæ eller den fibrösa hjärtbasen torde efter någon tid genom blodtrycket alldeles uppgå i det sekundära anevrismet och ej längre kunna skiljas från detta. Möjligen är PICKS fall exempel härpå. Så förklarar också v. KRZYWICKI sitt ena fall (n:r 25), där det ursprungliga anevrismet skulle berott på för trång och för tunnväggig aorta (hypoplasi). Två af de parietala fallen höra med visshet hit (BENNET, MURRAY), likaså två af de valvulära (LEGG, MONEY), där anevrismet låg i pars membranacea och antagligen var kongenitalt. I det ena fallet (medfödd?) syfilis. Kanske hör hit EWARTS etiologiskt dunkla fall, där reumatism föregått, men den mycket ateromatösa aorta hos den 36-årige mannen också synes antyda syfilis.

I CORVISARTS mycket gamla fall var mitralis förtjockad och ossifierad. I den knapphändiga notisen om GORDONS, saknas

etiologisk uppgift. Den spontana hjärtrupturen i HILLs berodde på fettdeg. af myokardiet.

Trauma uppgifves som sannolika och enda orsaken i ett fall af septalt (THOMPSON) och ett af parietalt anevrism (HANNA).

För betydelse af travmatisk tryckstegring t. ex. i följd af kroppsansträngning såsom bidragande orsaksmoment saknas tillräckliga hållpunkter i sjukhistorierna, men möjligen skulle härpå kunna tyda den långt större frekvensen hos män än hos kvinnor. I 50 fall med uppgift om könet: 40 män och 10 kvinnor. Bland 26 fall med uppgift om yrket, var detta i 16 af beskaffenhet att kunna tänkas medföra större kropsansträngningar (arbetare 6, soldat 3, stenarbetare 2, tjänstflicka 2, kolbärare 1, bryggardräng 1, ridlärare 1), men naturligtvis uppges yrket företrädesvis i de fall, där det kan misstänkas vara af etiologisk betydelse. För det stora antal fall, som berott på akut ulcerös endokardit, torde i fråga varande orsaksmoment dessutom ej kunnat göra sig gällande.

De flesta fallen komma på den kraftigaste åldern. Bland 43 fall med åldersuppgift tillhörde *6* åldern 16—20 år, *11* 21—30 år, *15* 31—40 år, *4* 41—50 år, *3* 51—60 år; i *1* var åldern 5 år, (kongenit. an. i pars membr.), i *1* 9 år och i *2* öfver 60 år.

3. Patologisk anatomi.

Läge och utgångspunkt hafva redan i förväg blifvit behandlade, då de erbjödo viktiga synpunkter för etiologien.

Med afseende på kavitetens *form* är det s. k. säckformiga anevrismet, naturligtvis ofta med större eller mindre oregelbundenheter och variationer, den förhärskande typen, och detta redan i flertalet färska fall. Detta synes för de *interparietala* och *septala* anevrismerna, hvilka framställningen tilsvidare uteslutande skall afse, tyda på ett ganska stort motstånd mot blodets isärsprängande af vägglagren, såsom i det föregående (afd. II, s. 29) redan blifvit påpekadt. Dock finnas äfven fall, där formen mera rättat sig efter utbredningen af den preformerade bindväfsspríckan mellan de anlödda hjärtväggarna eller af de sammansmälta septalbladen. Det vackraste exemplet på det förra erbjuder ARNOTTs fall, där anevrismet tunnelformigt gick genom hela spat. periaort. med en förträngning i dess isthmusdel, och på det senare PICKs fall, där anevrismet tyckes flackt ha

utbredt sig mellan båda bladen af kammarskiljeväggen i hela dess utsträckning. En ganska fullständig utbredning inom conusdelen af bindväfsrummet visar ett af KIDDs fall (n:r 37). Ibland ha jämte en hufvudkavitet funnits smalare utlöpare från denna i någon sträcka af bindväfsrummet kring aortaroten. Så genom isthmusdelen i ett annat af KIDDs fall (n:r 36), där tillika en annan förlängning dök ned mellan bladen af kammarseptum. — I MAIERs fall bestod anevrismet endast i en »ulcerös kanal». I MOOREs bildade det en treflikig tumör, o. s. v.

Utrymme har anevrismet beredt sig dels genom ett mera diffust aflägsnande från hvarandra af de väggbildande väfnadslagren eller kavitetväggarna, dels genom starkare inbuktning i någon eller flere af angränsande kaviteter. I förra fallet blir anevrismkaviteten mera förträngd i en riktning, afplattadt säckformig. Detta synes ha varit fallet med flertalet af de septala anevrismerna i kammarseptum och deras ofvan liggande interparietala delar, vare sig de utgått ur vänstra kammaren eller aorta. Så särskildt i PICKs och i KIDDs sista fall med större utbredning inom septum. Men när en starkare utbuktning här förekommer, sker den åt högra kammaren i dess conus art. (FINGER, V. KRZYWICKI, n:r 39, och WEST, n:r 38). Två af dessa fall utgingo från sinus Vals., det tredje (FINGERs) från platsen för klaffästet, öppet både mot kammaren och aorta. (Jfr afd. II, s. 25). Däremot är en större eller mindre inbuktning mot förmakskaviteterna, endera eller båda alt efter läget, regel för anevrismerna i förmaksdelen af spatiet antingen af anevrismkaviteten i sin helhet eller i form af en särskild, »vårtformig» förlängning däraf. Betydligare intrång på högra förmaket gjorde anevrismet i JANSENs och EWARTs fall, på det vänstra i SHILLITOs och GOODFELLOWs, på båda i ARNOTTs. Inbuktningar i aorta eller vänstra kammaren äro sällsynta och förutsätta utgångspunkt i motsatt kavitet. Så var aorta förträngd i ARNOTTs fall och dess vägg lindrigt inbuktad i ett af PEACOCKs (n:r 10), hvaremot DUROZIEZ' fall (liksom HANNAs parietala) framkallade betydlig inbuktning mot kammarkaviteten. Mot hjärtsäckskaviteten utbuktade anevrismet i många bland fallen från förmaksdelen af spatiet, t. ex. i mitt eget, samt i några från conusdelen. I betydligare omfång insköto i hjärtsäcken anevrismerna i ARNOTTs, det ena af v. BUHLs (n:r 17) och af v. KRZYWICKIs fall (n:r 39) samt i de fall, där anevrismet till större del låg i spatiets vänstra öppning.

Enkelt har det dissekerande anevrismet varit i alla fall utom HÉRARDS, där två kaviteter funnos, och JANSENS, där sannolikt ett dissekerande klaffanevrism fans jämte det interparietala, samt, om man så vill, PEACOCKS fall n:r 4, där anevrismet torde anlagts dubbelt.

Storleken växlar i de flesta fall mellan en hassel- eller spansknöts och en valnöts eller ett dufäggs omfång. I ett af v. BUHLS (n:r 17) var hufvuddelen stor som en borsdorferrenett. I KIDDS sista fall var den oregelbundna kaviteten vid och nedträngde inemot halfannan tum i kammarseptum. I ett af WESTS (n:r 38) bildade anevrismet en cirkulär uppdrifning i högra kammaren, godt $1^1/_2$ tum ($3^3/_4$ cm.) i genomskäring, och i SHILLITOS insköt det i vänstra förmaket med $^1/_2$ ankäggs omfång. I ett af HOPES var det äggstort. I v. KRZYWICKIS ena fall (n:r 39) bildade anevrismet en valnötstor framhvälfning i högra kammaren och en hönsäggstor i hjärtsäcken. I ARNOTTS var den anevrismatiska kanalen 4 finger vid och hade en diameter af 5—7 cm.

I färska fall har *mynningen* form antingen af en mera rundad, ulcerös perforation eller af en aflång rupturspricka. Det förra synes vara det vida vanligare. Kanten är då stundom angifven som trasig och besatt med vegetationer. I PELVETS fall funnos 3 ulcerösa perforationer, som ledde in i anevrismet, och i ett af PEACOCKS (n:r 28) funnos 2 ingångsöppningar från kammaren. Exempel på en färsk ruptur af aortaroten synes MOXONS fall erbjuda. I ett annat af PEACOCKS (n:r 4) bildade likaledes ruptur — från aortasidan — af 2 klaffästen ingångar till det ursprungligen dubbla anevrismet. I ett af v. BUHLS fall (n:r 33) utgöres ingången till anevrismet af en glappande spricka i hjärtats längdriktning under och mellan 2 aortaklaffar, men möjligtvis afses därmed endast remnan i den vid mynningen belägna vegetationsmassan.

När anevrismet blir äldre, tenderar mynningen naturligtvis att af blodtrycket småningom vidgas och antaga en mer cirkelrund eller åtminstone oval form med afglattad kant. Mitt fall synes vara ett godt exempel på denna afrundning af en ruptursprickas ändvinklar. Dock ges det äfven äldre fall med mer eller mindre tydliga spår af rupturkarakter hos ingångsöppningen, såsom den nedre rupturläppens bestånd i form af en fals i mynningens nedre omfång i mitt fall. THOMAS fall erbjuder ett vackert exempel på en äldre, genom ruptur uppkommen ingång från

kammaren. Mynningen var där sprickformig, vertikal, af 10 mm. längd och 1—3 mm. bredd samt låg under och mellan de konvergenta vidfästningsränderna för den bakre och vänstra semilunarklaffen; kanterna förtjockade, svåliga, delvis förkalkade, fläckvis glatta, fläckvis usurerade. Med samma lokalisation var mynningen i ett af PEACOCKS fall (n:r 10) en liten halfmånformig öppning med förtjockade och indurerade kanter, och i ett af V. BUHLS subakuta fall (n:r 16) utgjordes den, äfven där lika belägen, af ett tvärrundt, äggformigt hål med skarpkantad, som med en mäjsel uthuggen rand. Den långsträckta formen i SHILLITOS fall, som af PEACOCK anses kroniskt, tyder måhända också på uppkomst ur en lineär ruptur. Vackra exempel på ingångsöppning i form af en lineär ruptur i aorta ge V. KRZYWICKIS båda fall. I det ena (n:r 39) utgjordes mynningen af en centimeterlång, tvärgående spricka med svåliga ränder, omgifven af en ateromatös härd, i det andra (n:r 25) var den en tväroval, sprickformig öppning med svåliga ränder.

Mynningen kan i färska fall vara ganska liten i förhållande till kaviteten. Så stod i MAGUIRES fall det dufäggstora anevrismet blott genom en liten ulcerös perforation i kommunikation med kammaren och var för öfrigt slutet. I äldre fall kan den någon gång, som i EWARTS och mitt, ha en betydligare vidd. Störst var den väl i ARNOTTS urgamla fall, där den höll 5 cm. i genomskärning.

Hvarje verkligt dissekerande anevrism måste från början sakna en självständig *vägg*. De från omgifningen lånade väggarna framgå direkt ur utgångspunkten och läget, jämförda med den anatomiska framställningen i afd. II, (särskildt på s. 27—28) och behöfva därför här icke på nytt behandlas. Om när- eller frånvaron af egen vägg för anevrismet innehålla de kasuistiska publikationerna ofta ingen direkt upplysning, men där kaviteten är bildad efter ett färskt genombrott af väggen för det preformerade bindväfsrum, hvari den ligger, kan man naturligtvis utan vidare förutsätta saknaden af egen väggmembran. Detta synes ha varit förhållandet med flertalet af de sammanstälda fallen men är mer eller mindre uttryckligt framhållet endast i 9 eller 10 fall.

Vid längre tids bestånd torde väl alltid ett förtätadt bindväfslager utbilda sig på kavitetens vägg, vare sig den fortfarande ligger öppen för det cirkulerande blodet eller den afstänges därifrån genom trombbildning. Såsom PEACOCK [55, 58],

Bostroem[5]) och Rindfleisch[68]) visat, eger detta rum i de dissekerande aortaanevrismerna, där den nybildade väfnaden t. o. m. kan differentieras till en fullständig intima, som strukturelt ej kan skiljas från en vanlig, frisk eller sjuk intima. För de vanliga hjärtanevrismerna är det längesedan kändt, att de på sin insida kunna få nybildade endokardlager, t. o. m. i betydande antal och tjocklek (Rokitansky[69]), s. 454—455). Det är ju också just tillkomsten af en nybildad vägg, som med tiden förvandlar ett aneurysma spurium diffusum till circumscriptum. Det samma måste kunna blifva förhållandet med de dissekerande hjärtanevrismerna, hvilka från allmän patologisk synpunkt kunna räknas till de sist nämnda, falska anevrismerna. Däraf följer, att närvaron af en självständig väggmembran hos ett hjärtanevrism icke i och för sig utesluter dess egenskap af dissekerande, om läget, mynningens beskaffenhet eller andra förhållanden tala för dess uppkomst som sådant. Men naturligtvis är det just i dessa äldre fall svårare och väl stundom omöjligt att afgöra uppkomstsättet. (Jfr s. 12—13.)

I mitt fall fans åtminstone partielt en självständig, 1/2—1 mm. tjock bindväfsvägg, hvilken med stor sannolikhet var helt och hållet nybildad. Äfven i Thomas fall fans en glatt, nybildad bindväfsmembran af alldeles samma tjocklek och i Fingers en glatt fibrös membran samt i Thompsons en tjock membran, som sammanhängde med vänstra kammarens endocardium genom mynningen. Af mera akut bildning och kanske ej als organiserade voro väl de särskilda väggmembraner, som omtalas af Kidd (n:r 36: en hvitaktig, skroflig beklädnadsmembran med spridda små vegetationer) och Peacock (n:r 4: abscessmembran?, n:r 28: kanske verklig bindväfsmembran).

Vidare omtalas kroniska förändringar i väggen i allmänhet utan uppgift om självständig sådan. Betydligast voro dessa i Arnotts mycket gamla fall, där anevrismets väggar voro 4—6 mm. tjocka, i stor utsträckning »förkalkade och besatta med benplattor och brosklik massa». Äfven i ett af Hopes fall var anevrismet »ossifieradt». I de tre öfriga fallen af samma författare var väggen fibrös, liksom i ett af Kidds (n:r 37). I ett annat fall af Kidd (n:r 35), hvilket med all sannolikhet var subakut, voro väggarna »opaka och något fibrösa (fibroid)». I Quains fall träffades vid mikroskopisk undersökning af väggen intill den förändrade aortaklaffen tecken på kronisk inflammation, bl. a. nybildad bindväf. (Jfr också Shil-

LITO-PEACOCKs fall, n:r 8, och anmärkningen efter det samma.) Å andra sidan har väggen å ett mot hjärtsäcken eller en hjärtkavitet inbuktande parti stundom varit förtunnad ända till genomskinlighet.

Trombotiskt *innehåll* har funnits i många fall. I ARNOTTs var kanalen nästan fyld af fast adhererande, lagradt fibrin med ett centralt lager af färskare röd trombmassa, så att knapt något blod syntes ha funnit väg till anevrismet på sista tiden. I GORDONs fall var kaviteten likaledes fyld af en massa »organiseradt» fibrin och i QUAINs af »some broken down clot», hvilket innehåll genom mynningen fortsatte sig in i aorta i form af en half-valnötstor, vegetationslik massa af lefradt blod med ett tunt skal af fibrin, inneslutande en af klaffarna. I ett af v. KRZYWICKIs fall (n:r 39) fans en 3 cm. djup, lagrad trombbeläggning, och i ytterligare 8 eller 9 fall omtalas större eller mindre mängd trombotiskt innehåll. I öfriga saknades tromb eller framgår ej af uppgifterna, om sådan funnits.

I HABERSHONs fall var tromben stadd i varig smältning och i ett af PEACOCKs (n:r 4) innehöll kaviteten var, blandadt med koaguleradt blod. I LANCEREAUXs var väggen varbelagd, och i MAIERs träffades massor af mikrokokker i den ulcerösa kanalens vägg. I mitt fall mikrokokkvegetationer och variga infiltrat i delar af väggen och tromblagret.

Frånräknas de två fall, där anevrismet haft en dubbel eller tredubbel ingångsöppning från samma kavitet (vänstra kammaren), och där någon af dessa öppningar möjligen varit en sekundär ruptur, (samt således äfven den sannolikt postmortala kommunikationen med aorta i ett af dessa fall), har *ruptur af väggen* förekommit i 26 fall af de 47, altså i mer än halfva antalet. Den uppträder således vid dessa anevrismer långt oftare än vid vanliga hjärtanevrismer (frånräknadt de valvulära), där den är sällsynt, men ojämförligt mera sällan än vid dissekerande anevrismer i aorta, där den är långt öfvervägande regel. Rupturerna fördela sig på de skilda kaviteterna på följande sätt:

Oafgjordt om anevrismet utgått ur vänstra kammaren och brustit till aorta eller vice versa i	5 fall
Trpt	5 fall

	Trpt	5 fall
Med utgångspunkt i vänstra kammaren har anevrismet brustit till		
aorta i	1 fall	
högra kammaren i	1 »	
vänstra förmaket i	2 »	
högra förmaket i	4 »	
högra kammaren och högra förmaket i . .	1 »	9 »
Med utgångspunkt i klaffästet har anevrismet brustit till		
vänstra förmaket i	1 fall	
vänstra förmaket och hjärtsäcken i . . .	1 »	2 »
Med utgångspunkt i aortakaviteten har anevrismet brustit till		
vänstra kammaren i	3 fall	
högra kammaren i	2 »	
högra förmaket i	3 »	
vänstra kammaren och högra förmaket i .	1 »	
båda kamrarna* i	1 »	10 »
		S:a 26 fall

Aortainsufficiens har således genom bristning af anevrismet åt olika håll uppkommit (eller en förut varande förstärkts) i icke mindre än 16 fall, och diverse abnorma kommunikationer mellan hjärtkaviteter ha etablerats i många fall.

Rupturen har varit dubbel: till samma kavitet i 2 fall, till skilda kaviteter i 3 eller 4 fall.

Högst anmärkningsvärdt är, att den omedelbart dödande rupturen till hjärtsäcken bland alla 47 fallen inträffat blott en enda gång (Despaigne), ehuru väggen mot hjärtsäcken i flere fall varit genomskinligt tunn, och ruptur dit synts hota. Quains uppgift om sannolikt genombrott till hjärtsäcken i hans fall synes vara oriktig. Denna sällsynthet af ruptur utåt står i skarp motsats till förhållandet vid de dissekerande aortaanevrismerna, som i regel hastigt döda genom snart inträffande ruptur äfven af vägglagren utanför anevrismet. Denna motsats får endast till en del sin förklaring af det djupare läget hos de i fråga varande hjärtanevrismerna (jfr afd. II, s. 29).

* Potains fall: Säkert till högra kammaren, till den vänstra något osäkert till följd af den oklara beskrifningen.

Beträffande formen af rupturöppningen är den här liksom i andra anevrismer i färskt tillstånd antingen mera rundad, då perforationen är resultat af en progressiv atrofi hos ett parti af väggen (DUROZIEZ), eller sprickformig vid lineär ruptur (MAIER, DESPAIGNE, förmaksrupturen). Härtill kommer en tredje form för genombrottet, den ulcerösa eller suppurativa, beroende på infektion af väggen från samtidig akut endokardit (HÉRARD, DESPAIGNE, hjärtsäcksrupturen?). Äldre perforationer visa motsvarande sekundära förändringar till de primära mynningsrupturernas (THOMPSON).

Många fall ge ingen bestämd hållpunkt beträffande rupturens ålder. I några var den alldeles färsk, såsom i JANSENS, DESPAIGNES, ett af v. KRZYWICKIS (n:r 25) och HOLLS, där den uppfattades som närmaste dödsorsak. Troligen var detta fallet äfven i PICKS samt i det andra af v. KRZYWICKIS (n:r 39) och i WESTS fall (n:r 38) med tämligen hastig död. Att döma af sjukhistorien är det sannolikt, att i WESTS fall den af köttiga vegetationer omgifna perforationen till högra kammaren från ett anevrism ur sin. Vals. aortæ uppkommit i följd af en kroppsansträngning och var 5 dagar gammal. Den 3-pennystora öppningen till vänstra förmaket i SHILLITOS fall synes efter anamnesen ej kunna varit mer än högst 16 dagar gammal, kanske var den mycket färskare. I THOMPSONS fall voro däremot perforationerna till högra kammaren af ett anevrism från den vänstra säkert ganska gamla (dilatation och hypertrofi af conus art. dexter). Så har väl ock varit förhållandet i en del fall, där anevrismet kommunicerat både med aorta och vänstra kammaren samt utgångspunkten varit oviss.

Rupturöppningarna betecknas i allmänhet som små, i några fall anges de som hampfrö- till linsstora. De fall af intrakordial ruptur, som ansetts dödande, synas ej hafva hört till de större: 2 små rupturöppningar i HOLLS fall, en linsstor perforation i v. KRZYWICKIS, en liten remna i JANSENS (alla till högra förmaket med utgång för anevrismet i HOLLS fall ur vänstra kammaren och i de båda andra ur aorta). Närmare uppges storleken i några fall: förmaksöppningen var i DESPAIGNES en 3 mm. lång och i MAIERS en nära 2 cm. lång spricka, vid mera rundad form har den varit ärtstor i 3, 8 mm. i ett, lillfingervid i ett och 3-pennystor i ett (SHILLITO). Af de båda gamla perforationerna till högra kammaren i THOMPSONS fall var den ena korppennvid, den andra triangulär med 9 mm:s sida.

Uppkomsten af dessa anevrismer måste väl alltid tänkas mer eller mindre akut, men deras ringa benägenhet att brista utåt möjliggör här relatift oftare än vid de dissekerande aortaanevrismerna en längre *duration*, om icke de samtidiga, ofta mycket grava förändringar, som betingat deras uppkomst, förr döda patienten. Den öfvervägande säckformen visar, såsom förut är påpekadt, att de äro mindre progressiva och sannolikt mindre våldsamt uppkommande än de nyss nämnda aortaanevrismerna, och antagligen bli de mången gång snart stationära, få sin vägg förstärkt genom bindväfsnybildning och öfvergå i kronisk typ. Vilkoret för detta fortbestånd är här icke — såsom vid de dissekerande aortaanevrismerna — ett sekundärt inbrott i den fysiologiska blodbanan, och detta hotar här tvärtom patientens lif, då det åstadkommer abnorm förbindelse mellan skilda hjärtkaviteter med cirkulationshinder och eventuelt blandning af arterielt och venöst blod.

Början synes icke vara så allarmerande, som den oftast är vid de dissekerande aortaanevrismerna, och på anevrismets uppkomst möjligen beroende symptom blanda sig i sjukhistorien med bilden af grundlidandet, så att tidpunkten för uppkomsten ej låter närmare bestämma sig. Sannolikt kan början i en del fall vara rent af smygande och inträffa midt under skenbar hälsa (v. KRZYWICKI, n:r 39). Om SHILLITOS fall, såsom PEACOCK är böjd antaga, varit af kronisk natur, synes det icke föranledt några hjärtsymptom förr än de sista 16 dagarna, och de då inträdande anfallen af prekordial oppression, hvilka inledde de objektiva förändringarna, skulle då liksom dessa hänföra sig uteslutande till den akuta endokarditen och perforationen af anevrismet. Emellertid synas sjukhistorierna liksom de anatomiska förhållandena ge vid handen, att anevrismet i många af de samlade fallen varit af kort duration. I de fall, där anevrismet påtagligen berott på en ulcerös endokardit, har denna, möjligen med undantag af några subakuta fall (v. BUHL, KIDD), ej kunnat vara synnerligt gammal, och i ett par ha de första hjärtsymptomen eller sjukdomen uppträdt först 2 till 3 veckor före döden (MAIER, DESPAIGNE). Å andra sidan finnas icke så få, mer och mindre kroniska fall. Hit höra ganska säkert ARNOTTS, ett af PEACOCKS (n:r 10), EWARTS, THOMAS, mitt, FINGERS, THOMPSONS, ett af KIDDS (n:r 37) och ett af KRZYWICKIS (n:r 39) samt HOPES 4 fall. Möjligen äro att räkna hit äfven det andra fallet af KRZYWICKI, PICKS, DUROZIEZ'S, WESTS

sista och GORDONS fall. Mycket kroniska voro ett af HOPES och framför alt ARNOTTS fall. Det trauma, som torde varit orsak i THOMPSONS, hade inträffat 8 till 9 år före döden, hvilken duration ej håller motsäges af de anatomiska företeelserna.

Af samtliga 47 fallen torde 22 vara att uppfatta som akuta eller subakuta, 13 till 18 som kroniska; återstående 7 till 12 fall äro i detta afseende obestämda.

De anatomiska *följderna* af anevrismet äro i hufvudsak dels sådana, som bero af dess inverkan på omgifningen såsom tumör, dels de som betingas af väggens ruptur. I förra afseendet framkallar anevrismet förskjutning af angränsande delar, såsom aorta i mitt fall, eller förträngning af nästliggande kaviteter. I några fall synas genom anevrismerna framkallade förträngningar af kaviteter eller mynningar varit af betydelse. I ARNOTTS fall förträngde det gamla ringformiga anevrismet betydligt aortas och pulmonalarterens mynningar samt båda förmaken, dock utan att dessa förträngningar medfört andra påfallande förändringar i kaviteternas vidd och väggarnas tjocklek än en måttlig hypertrofi af vänstra kammaren. Äfven i DUROZIEZ' fall var conus aorticus förträngd genom det valnötstora, inbuktande anevrismet, som dock genom sin (möjligen blott ett par dagar gamla?) ruptur tillika öppnade en falsk väg för kammarblodet till aorta (altså äfven aortainsufficiens). Hjärtat var enormt med i synnerhet dilaterade, förhållandevis ej så hypertrofiska kamrar. En viss grad af aortastenos torde väl också ha uppstått i QUAINS fall, ej genom anevrismet själft men genom den därifrån fortsatta, dock antagligen ganska färska trombbildningen i ostiet (hjärthypertrofi till följd af kronisk endokardit, men inga hjärtsymptom under lifvet). Förträngning af conus dexter genom anevrismet måste ha funnits i FINGERS, ett af WESTS (n:r 38) och KRZYWICKIS ena (n:r 39) fall. I FINGERS nämnes ingen särskild hypertrofi eller dilatation af högra hjärthalfvan, men i WESTS var den starkt dilaterad och i KRZYWICKIS var högra kammaren dilaterad samt lätt hypertrofisk (i båda fallen tillika regurgitation till högra kammaren från aorta genom en dock sannolikt blott några dagar gammal ruptur af anevrismet; i WESTS synechia pericardii). Starkare förträngning af högra förmaket omtalas i EWARTS och af det vänstra i SHILLITOS fall, där tumören tillika ansågs hindra fullständig slutning af valv. mitralis, liksom af tricuspidalis i ett af v. KRZYWICKIS fall (FIEDLER).

Om den genom ruptur af anevrismet så ofta inträdande aortainsufficiensen med regurgitation dels åt vänstra kammaren, dels åt andra håll är redan förut taladt, likasom om abnorma kommunikationer mellan hjärtkaviteter i följd af ruptur. Dessa medföra naturligtvis cirkulationshinder af olika art och grad, på hvilka respektive hjärtdelar efter någon tid svara med hypertrofier och dilatationer, som komplicera möjligen förut bestående förändringar af samma beskaffenhet i följd af klaffel eller andra orsaker. Särskildt framhålles hypertrofi och en ofantlig dilatation af conus dexter i THOMPSONS fall med gammal perforation till högra kammaren af ett septalanevrism, utgånget från den vänstra.

Om också i allmänhet icke omedelbart dödsbringande, äro dessa sekundära rubbningar, särskildt perforationen med dess följder, naturligtvis icke likgiltiga för patientens hälsa, utan torde i betydelse ungefär motsvara liknande effekter af andra organiska hjärtfel, medfödda eller förvärfvade, hvartill här kommer, att de i regel träffa redan på annat sätt sjuka hjärtan. Att ruptur dock stundom kan bli omedelbar dödsorsak är förut framhållet. Särskildt måste detta alltid vara fallet med den lyckligtvis sällsynta rupturen till hjärtsäcken.

Tillfälligtvis torde anevrismet genom trombbildning kunna bli en källa för embolism. En tillfällig följd af anevrismet är på sätt och vis äfven den perikardit, som i en del fall, såsom mitt, uppstår genom infektion af den mot hjärtsäcken liggande anevrismväggen. Däremot är en kronisk adhesiv perikardit öfver anevrismet här — till skilnad från vanliga hjärtanevrismer — undantag och endast delfenomen af en allmän syneki, som ej synes ha utgått från anevrismet.

Bland öfriga *komplikationer* från hjärtat komma naturligtvis främst de i så nära kausalsammanhang med anevrismerna stående endokarditerna. Endokardit, kronisk, akut eller båda delarna, synes ha förelegat i åtminstone 33 fall af de 47. Akuta klaffanevrismer omtalas i några fall, ett samtidigt hjärtväggsanevrism — med det sällsynta läget i högra kammaren — i PICKS fall, samtidigt akut aortaanevrism i MOXONS och multipla kärlanevrismer i THOMPSONS.

Hvad slutligen *dödsorsaken* beträffar har den endast i fyra fall af författarne uppgifvits direkt bero af anevrismet, näml. dess ruptur (se ofvan). Sannolikt står, såsom redan nämndt, den mer och mindre hastiga döden äfven i PICKS, ett af KRZYWICKIS (n:r 39)

och ett af WESTS (n:r 38) fall i samband med intrakordial bristaf anevrismet. Misstänkta i detta afseende äro också DUROZIEZ', POTAINS och SHILLITOS fall. I de allra flesta fall synes hjärtsjukdomen i sin helhet ensam eller i förening med komplikationer varit dödsorsak. Endast i ARNOTTS fall med uteruskräfta, akut peritonit och akut pnevmoni samt i ett af PEACOCKS fall (n:r 10) med en akut larynxaffektion tyckes dödsorsaken varit oberoende af hjärtats tillstånd.

Påfallande är den jämförelsevis stora frekvensen af hastiga eller plötsliga dödsfall vid dessa anevrismer. I ungefär hälften af de fall, som lemna någon uppgift om dödssättet, nämnes döden plötslig eller åtminstone mer eller mindre hastig. Detta förhållande jämte den omständigheten att i så godt som alla dessa fall träffats rupturer af anevrismet, hvilka af beskrifningen att döma kunnat vara färska, tyder måhända på en större rol för dessa anevrismer som dödsorsak, än författarne i de särskilda fallen tillerkänt dem.

Det skulle nu återstå att nämna något om de parietala och de valvulära dissekerande anevrismernas patologiska anatomi.

De *parietala* äro för fåtaliga och sins emellan för olikartade samt delvis äfven för osäkra att tillåta några allmängiltiga slutsatser. HILLS fall, där anevrismet, af sjukhistorien att döma, var 1 dygn gammalt, är af särskildt intresse därför att det visar, huru en dissekerande hjärtruptur om ock såsom yttersta sällsynthet dock kan gestalta sig, både kliniskt och anatomiskt, fullkomligt analogt med det vanligaste förloppet vid de dissekerande aortaanevrismerna. HANNAS gamla fall slår möjligen en brygga till de interparietala (jfr DUROZIEZ' fall), men låter liksom CORVISARTS likaledes mycket gamla fall endast gissningsvis förklara sig som beläget mellan ursprungligen från hvarandra lösslitna lager af den fria hjärtväggen, utan att dessa lager numera kunna närmare bestämmas. De båda återstående (BENNET, MURRAY) äro uppenbart dissekerande anevrismer i hjärtväggen under epikardiet, men ha i fråga om mynning och ursprung föga med hjärtat att skaffa.

Af de *valvulära* voro de båda i tricuspidalis (LEGG, MONEY) antagligen från början och möjligen fortfarande vanliga anevrismer i pars membranacea septi, hvilka trängt in mellan bladen af klaffens där fästade flik. Så kan däremot icke varit förhållandet med MOORES delvis hit hörande fall, om det nu

verkligen låg mellan klaffbladen. I MONEYS fall var anevrismet brustet vid spetsen.

Af de båda anevrismerna i aortaklaffar var v. DUSCH's hasselnötstort, beläget mellan bakre klaffens lameller men hufvudsakligen inbuktande i kammaren, föga i klaffickan; mynningen sprickformig, ingen ruptur åt kammaren; klaffbladen uppluckrade, sköra; innehåll fibrin och kalkkonkrement; — kron. och akut (?) endokardit, hjärtabscess. I GALLIARDS fall ärtstor mynning med söndriga kanter, likaledes mot klaffickan, oregelbunden anevrismficka mellan klaffbladen, divertikelartadt fortsatt i muskelväggen; ruptur till kammaren; väggen tapetserad med ateromatösa plaques; dessutom ett par små, börjande klaffanevrismer; kronisk ateromatös endokardit.

Bland de 4 eller 5 (JANSEN) fallen från mitralis, hvilka alla lågo i den främre fliken, voro i LÖBELS äldre fall och i LAMBLS anevrismerna öppna endast mot kammarkaviteten, hvadan de måste utgått ur denna. I LÖBELS fall visade samtidigt flere, delvis brustna abscesser, af hvilka en med flere fina gångar fortsatte sig mellan lamellerna af en aortaklaff, ganska tydligt anevrismets patogenes. Författaren härleder detta också ur en abscess, som brustit vid basen af mitralfliken, hvarifrån abscessen resp. anevrismet sänkt sig ned mellan klaffbladen. Det silformiga genombrottet af kammarlamellen på ett linsfröstort, skrofligt, förtjockadt ställe var sannolikt en sekundär ruptur, kanske i följd af en här lokaliserad akut endokarditisk härd. I båda fallen låg mynningen således högt upp vid basen af mitralis eller tätt under aortaklaffarna (LAMBL), och anevrismet, som bildats af det systoliska kammartrycket, hade i LÖBELS fall hvälft sig fram endast åt förmakssidan på sådant sätt, att det lyftade förmakslamellen till en hasselnötstor, anevrismatisk säck. I LAMBLS kroniska fall däremot, hvilket tyckes erbjuda ett vackert exempel på ett totalt dissekerande klaffanevrism, var icke blott förmakslamellen lyftad i flere flacka, kullriga förhöjningar, utan hela klaffseglet »uppblåst» med ett stort antal säckformiga utbuktningar på kammarsidan. Detta förhållande, som i förstone synes paradoxalt, då samma kammartryck måste ha verkat på båda sidor af lamellen, får sin tillfredsställande förklaring däraf, att papillarmusklernas senor fästade sig på de säckformiga utbuktningarnas toppar. Kammarlamellen har efter lossnandet från förmaksbladet kunnat ge efter för sensträngarnas systoliska spänning och däri-

genom inbuktats mot kammaren, under det blodet inpressades mellan bladen. Innehåll: i Löbels fall fast fibrinmassa, i Lambls flytande blod. I Löbels fans akut och i Lambls kronisk endokardit.

I Jansens fall gåfvo de subendokardiala, delvis variga härdarna sannolik förklaring till klaffanevrismets uppkomst: abscess mellan klafflamellerna, bristning till vänstra kammaren, säckformigt anevrism, sekundär ruptur af förmaksbladet.

I Simons fall fans, förutom de gifvetvis sekundära kommunikationerna med vänstra förmaket, förbindelse både med kammaren och aorta i sinus Vals. Med rätta antager Simon den ärtstora mynningen till aorta vara anevrismets utgångspunkt. Den betydliga öppningen mot kammaren måste — synes mig — ha uppstått under kammardiastole och genom aortatrycket i anevrismet, efter som dess kanter voro omrullade utåt (mot kammarkaviteten), hvilket naturligtvis icke hindrar, att efter uppkomsten af denna kommunikation kammartrycket under systole bidragit att förstora anevrismet genom förmakslamellens ytterligare utbuktning mot förmaket. Innehåll: fasta, gulaktiga fibrinkoagel.

Mindre klart ställer sig patogenesen i Löbels andra fall, hvars natur af dissekerande anevrism också är mindre viss. Emellertid synes den ärtstora kammarmynningen vara för liten i förhållande till det kastanjestora anevrismet, om det skulle tänkas vara ett vanligt, i synnerhet ett akut, klaffanevrism (jfr s. 10), och dess fistulösa inträngande i en aortaklaff med perforation af denna läte väl svårligen förena sig med detta antagande. Tänker man sig däremot en abscess i främre mitralfliken i samband med den akuta endokarditen med bristning vid flikens bas (till en sinus Valsalvæ? ej tydligt af framställningen hvart perforationen gick), anevrismbildning genom blodtrycket (från aorta?), direkt genombrott till vänstra kammaren med ytterligare förstoring af anevrismet genom det direkta kammartrycket, torde fallet bli enklast förklaradt. Det skulle således vara en motsvarighet till Simons fall eller möjligen till Löbels äldre och Lambls. Säcken var tvåflikig med sprickformiga rupturer åt förmakssidan.

Hvad slutligen det *kliniska* beträffar, har jag i referaten af de särskilda fallen i korthet tagit med det väsentliga af

sjukberättelserna, så vidt det synts stå i samband med hjärtförändringarna. Afsikten därmed har varit att belysa de anatomiska förändringarna, särskildt deras orsaker och ålder, samt att därigenom i någon mon kunna kontrollera den anatomiska uppfattningen. Uppenbart förekommo i åtskilliga fall, liksom i mitt eget, under lifvet fysikaliska tecken, som böra tillskrifvas anevrismet som sådant eller af dess bristning beroende sekundära förändringar. Att söka utföra någon analys af dessa symptom eller i allmänhet att söka separera det dissekerande hjärtanevrismets kliniska bild från komplicerande förändringars har emellertid icke ingått i planen för detta — så vidt jag vet — första arbete öfver ämnet. Det vill endast vara ett försök till preliminär utredning af i fråga varande anevrismers patologiska anatomi.

Tillägg.

Följande uttalanden af SERGENT, om hvilka jag för sent erhållit kännedom, hade bort beröras i historiken.

I framställningen af aortaklaffanevrismernas patogenes framhåller SERGENT (lit. n:r 72, s. 562) beträffande den kroniska, enligt S. på ateromatos beroende formen af dessa, att de antingen kunna uppkomma på likartadt sätt som de akuta, »eller ock är det en ateromatös härd, hvars smältning — — förstör samtliga klaffens lager och tillåter blodet att intränga (s'infiltrer), att bilda ett slags dissekerande anevrism — —. Det är i synnerhet i detta fall man ser dessa dissekerande klaffanevrismer uppkomma, på hvilka LAURAND lemnar flere exempel. Man kan få se blodet framtränga vidare med bildning af förlängningar (af anevrismet), hvilka utbreda sig lång sträcka under endokardiet och genom sin bristning kunna åstadkomma en kommunikation t. ex. mellan kamrarna.» — Sidan 566 omtalas, att inflammationen från den sjuka klaffen kan utbreda sig till angränsande klaff och framkalla ett nytt anevrism, t. ex. från bakre aortaklaffen till främre mitralfliken. »Oftast är det vid dessa utbredningar i grannskapet fråga om verkliga dissekerande anevrismer, förorsakade af ateromatos. En ateromatös härd i en aortaklaff har öppnat sig, blodet har

inträngt och åtskilt klafflagren och anevrismet bildats; sedan har blodets inträngande (l'infiltration) undan för undan gripit öfver på angränsande klaff.» (Jfr min afhandl., s. 29). — — »Man har t. o. m. beskrifvit dissekerande anevrismer, som utbredt sig genom fortskridande under endokardiet och tvärt genom myokardiet ända till en klaff i högra hjärthalfvan med bildning af ett sekundärt anevrism därstädes.» (MOORES fall? Ref.) — LAURANDS afhandling (lit. n:r 37), som åberopas af SERGENT, har jag tyvärr ej lyckats skaffa mig.

A. V.

INNEHÅLL.

Stockholm 1897. Kungl. Boktryckeriet.

Bidrag till kännedomen om utbredd primär sarkomatos i centrala nervsystemets mjuka hinnor.

Af

FREY SVENSON.

(Från Serafimerlasarettets klinik för nervsjukdomar.)

Med 2 taflor.

Under slutet af år 1895 och förra hälften af år 1896 vårdades å Serafimerlasarettets nervklinik ett fall af tumor cerebri, som kom till sektion, och som särskildt beträffande sin patologiska anatomi visade sig erbjuda rätt mycket af intresse. Dess anatomiska diagnos blef: *Myxosarcoma alveolare multiplex piæ matris + angiosarcoma plexiforme piæ fissuræ occipito-temporalis dextræ + ependymitis sarcomatosa.* Utbredda svulstbildningar i de mjuka hinnorna äro icke vanliga och af fall, som kunna räknas till samma grupp som denna, känner man endast ett fåtal, hvarföre ett offentliggörande torde kunna anses lämpligt. Här nedan skall därför redogöras för fallets kliniska förlopp, för svulstens histologiska byggnad och grunderna för ofvan stående diagnos' ställande, tillika med en öfversikt af de i literaturen förekommande fall af detta slag, som kunnat påträffas.

Det anatomiska materialet har välvilligt öfverlåtits af Karolinska institutets patologisk-anatomiska institution.

Sjukhistoria.

Johan Kling, 15 år.

Anamnes, sammanstäld efter uppgifter från det sjukhus, där patienten närmast före intagandet å Serafimerlasarettet vårdats samt efter journaler, förda af med. kand. SUNDKVIST och KJELLBERG.

»Ingen nervsjukdom i släkten bekant. Sedan sex år har patienten lidit af epileptiska anfall, hvilka med åren tilltagit i frekvens och

styrka. För flere år sedan behandlades han för dessa en tid med bromsalter, en tid med zinkoxid; i båda fallen utan effekt. Anfallen ha ej föregåtts af någon aura; de ha bestått i ryckningar i höger arm och ben och vållat honom stora smärtor. Under de sista 4 till 5 månaderna ha anfallen understundom fått en svårare karakter. Ryckningarna, som äfven nu börjat i höger arm och ben, hafva nämligen under medvetslöshet snart öfvergått till allmän kramp, kvilken sedan efterträdts af coma.

Anfallen ha under den tid patienten vårdats å sjukhuset i allmänhet inträffat en gång hvarje eller hvarannan vecka, ofta äfven flere gånger i veckan; mellan anfallen ha någon gång iakttagits ryckningar i höger arm och ben.

Under senare åren har patienten klagat öfver hufvudvärk samt öfver smärtor i höger arm och ben. Under lasarettsvistelsen dessa sista 8 månader har observerats, att han dessemellan varit totalt smärtfri.

Under de sista 5 till 6 månaderna har patienten blifvit mer och mer psykiskt och fysiskt nedsatt. I april 1895 började han att klaga öfver att synen försvagades. Denna har sedan dess så småningom varit i ständigt aftagande. Emellertid vill det synas, som om patienten då och då haft stunder, då han sett bättre, ty någon gång har man hört honom utropa, att han »nu såge bra igen». Det har ej kunnat afgöras, om patienten på sista tiden varit fullständigt blind eller ej. Dubbelsidig staspapill observerades redan i mars 1895. Någon månad, innan synen började aftaga, blef hans tillstånd sådant, att han ej kunde gå och stå utan hjälp. Hans gång dessförinnan beskrifves såsom osäker och raglande, företrädesvis åt ena sidan (kan ej nu uppgifva åt hvilkendera).

Förlamningssymptom ha ej förefunnits. Kräkningar ej förekommit. Svindelanfall ej observerats. Pulsen aldrig befunnits anmärkningsvärdt förlångsammad.»

Patienten intogs å Serafimerlasarettets nervklinik den 25 september 1895. Han företedde då följande sjukdomsbild:

Sängliggande, vanligen intagande ryggläge eller högersidigt läge. Liten till växten och af synnerligen klen kroppsbyggnad. Hullet obetydligt och musklerna svagt utvecklade, hudfärgen blek. Hufvudskålen välbildad, vid knackning å den samma markerar patienten möjligen någon smärta öfver panntrakten. Uppgiften dock sväfvande, *utpräglad* ömhet säkert *ej* förekommande.

Patienten klagar stundom öfver hufvudvärk och öfver smärta i högra benet, dessemellan är han säkerligen smärtfri, ty han besvarar ofta frågan, om han är sjuk, med ett nej.

Patientens anletsdrag äro ej stupida eller slappa. Blicken egendomligt frånvarande, möjligen beroende på oförmågan att fixera och på de vida pupillerna. Han ligger mestadels stilla utan att intressera sig för omgifningen. Minnet nästan försvunnet så när som på få enstaka fakta och på en del utanlexor. Tankegången trög; flere gånger måste en fråga ställas till honom, för att man skall få svar.

Humöret ej anmärkningsvärdt nedstämdt. Patienten är mycket lättskrämd.

Ingen form af afasi.

I båda ögonen äro papillerna af smutsgrå färg och utan tydliga gränser. Kärlen öfver papillerna synas bitvis ej. Venerna något dilaterade, slingriga. Artererna smala. Dessutom här och där i ögonbotten hvita fläckar, en större sådan öfver högra macula.

Pupillerna reagera ej för ljus och ej för ackomodation. I öfrigt ögonens rörelser normala.

Från öfriga kranialnerver intet att anmärka.

Sensibiliteten öfver hela kroppen normal, utom möjligen att uppfattandet af smärtförnimmelser kommer något sent efter retningen.

Den grofva kraften i armar och ben ganska väl bibehållen, och vid motståndsrörelser visar han sig kunna sätta ett rätt betydligt motstånd. Muskelrörelserna utföras osäkert och långsamt. Patienten kan endast stå en helt kort stund och kan ej gå utan hjälp. I armarna ingen ataxi. Vid passiva rörelser möter man i början ett visst motstånd, som dock inom kort löses.

Reaktion för elektricitet normal.

Patellarreflexer förstärkta, mest å vänster sida, antydan till dorsalklonus å vänster ben. Öfriga reflexer normala.

Sedan patienten vistats någon tid å sjukhuset, påkommo krampanfall. Vid första anfallet var krampen lokaliserad till vänster sida, i den högra förekommo endast darrningar; de sedermera påkommande anfallen ha alltid varit dubbelsidiga. De börja med ett skri och följas af fullständig medvetslöshet.

Under vistelsen å lasarettet har sjukdomen mycket sakta progredierat. De psykiska rubbningarna liksom de öfriga symptomen ha blifvit mera utpräglade, och de epileptiforma anfallen ha tilltagit i frekvens. Högst få och obetydliga nya symptom ha tillträdt.

Status; maj 1896.

Patienten är liten till växten, med hull och muskulatur klent utvecklade. Krafter betydligt nedsatta. Sängliggande, intager hvilket läge som hälst. Temperatur afebril, puls omkring 100 i minuten. Urinen håller ej socker. Från lungor, hjärta, urinorgan intet att anmärka. Kräkningar förekomma då och då, för öfrigt intet från digestions-organen.

Patienten klagar öfver till pannan lokaliserad hufvudvärk och öfver smärtor i benen än det ena och än det andra. Vid förfrågan om ömhet för palpation får man växlande svar, tämligen konstant markerar dock patienten smärta vid knackning å högra tinningtrakten, stundom äfven å vänstra. Hufvudvärken och bensmärtorna äro ej ständigt ihållande utan endast stundvis påkommande, mestadels någon gång hvarje dag. Dessemellan befinner sig patienten, som det tyckes, ganska väl, är vid godt lynne, ler ofta och svarar på förfrågan om hans hälsa med ett fryntligt: »jo, jag mår så bra så».

Patientens andliga verksamhet synes arbeta med ett trögt och, som det tyckes, defekt maskineri, som gifver ett särdeles enformigt, haltande och svårframkommet arbete till resultat. Den spontana

tankeverksamheten inskränker sig nära nog till den, som framkallas af kroppssensationerna. Han säger till om han är hungrig, om det gör ondt någonstädes, om han behöfver uträtta sina behofver, och då hans tankeverksamhet ger sig utom detta område, tyckes det vara framkalladt af de synhallucinationer, som otvifvelaktigt förekomma. Dessa taga i allmänhet, förefaller det, gestalten af förut upplefda händelser. Han befinner sig ut på ängarna och leker, i trädgården, i sitt hem, i ladugården, på afträdet o. s. v. Understundom ser han tomtar med röda mössor och någon gång »svarta gubbar», som injaga häftig förskräckelse i honom. Såsom uttryck för en reflekterad andlig verksamhet får man väl knappast taga det, att patienten som oftast rabblar upp »fader vår», sjunger en andlig sång eller dylikt. Detta förekommer nämligen så ofta (stundom tjogtals gånger dagligen) och så omotiveradt, att det förefaller, som skulle dessa föreställningar af en händelse länkas in i associationskedjan och resultera i hvad som nämnts. Att hans reflektionsförmåga ej är fullständigt död, visar det, att han om ock efter mycket upprepande kan besvara en fråga. Den måste dock röra sig om de allra enklaste förhållanden, t. ex. om hans befinnande eller om ett inpluggadt, mycket elementärt vetande. Fordras någon vidlyftigare tankeoperation, kommer han genast till korta. Enklare handlingar kan han ock efter tillsägelse utföra. Minnet inskränker sig till de allra gröfsta konturerna af hans föregående lif, undantagandes de sista åren, hvaraf han har knapt ett minne kvar, och till några inpluggade skollexor och sånger. Föreställning om tiden saknar han fullständigt. Patientens lif är nästan helt och hållet en automats, det är endast de allra gröfsta drifterna, som kunna framkalla en viljeyttring hos honom. Känslan för behag och obehag tyckes förefinnas; han yttrar sig om välbefinnande eller illamående, äter med god eller dålig smak och tycker t. ex. om musik. Sinnesstämningen är, då han ej lider af några smärtor, såsom sagdt, snarare glad än sorgsen. Patientens affekter äro i allmänhet ej särdeles lifliga, men han är ytterligt lättskrämd. Om man närmar sig till honom, utan att han märker det, och vidrör honom, skriker han högt till, faller i darrning i hela kroppen, och det dröjer en god stund, innan han lugnat sig.

Ögonens uttryck äro, till följe väl af blindheten, frånvarande och stirrande. Anletsdragen äro stela, och vid minspelet framträder en viss tröghet i de verksamma musklernas rörelse.

Som oftast träffas patienten af epileptiforma anfall. De påkomma utan någon slags regelbundenhet, ibland flere gånger dagligen, ibland med dagars, ja, ehuru sällsynt, veckors mellanrum. De äro ej bundna vid någon viss tidpunkt på dagen, utan påkomma när som hälst så natt som dag. Såsom förebud till anfallen förmärkes hos patienten en viss oro, han vrider och vänder sig, jämrar sig sakta och på förfrågan om, huru han mår, svarar han, att han har hufvudvärk. Anfallen börja med ett skri, patienten kastar sig därefter några gånger fram och tillbaka i sängen, så börjar en allmän tonisk kramp. Nacken böjes bakåt, bålen ställes i opistotonus-ställning, oftast med starkare sammandragning af höger sida, ben och armar böjas och dragas mot bålen. Vid försök att sträcka dem möter man ett kraftigt motstånd.

Käkarna pressas mot hvarandra, och ansiktets muskler sammandragas starkt, så att ögonen kraftigt slutas, munvinklarna dragas åt sidorna, och tandraderna delvis blottas. Respirationsmusklerna äro än i inspirations- än i exspirationskramp. Ansiktet är lätt cyanotiskt. Hjärtverksamheten är under anfallen jämn och regelbunden, ej påskyndad. Endast enstaka kloniska ryckningar och darrningar förekomma. Patienten kvider under anfallen smått men är fullkomligt reaktionslös. Sedan krampen varat en eller annan minut, faller han i ett komatöst tillstånd för att inom kort åter gripas af ett nytt krampanfall, och så fortsättes en tid, växlande mellan ungefär $\frac{1}{4}$ till 2 timmar.

Kranialnerver:

Patienten är fullkomligt blind. Pupillerna äro dilaterade ad maximum, reaktionslösa för såväl ljus som ackomodation. Den oftalmoskopiska undersökningen visar å höger öga staspapill, öfvergående i atrofi, på vänster fullt atrofisk papill.

Om det, att patienten hör klockan först mycket nära örat, beror på nedsatt hörsel eller på hans i allmänhet tröga hjärnverksamhet, kan icke afgöras. Han uppfattar äfven ganska lågmäldt tal.

Vänstra ansiktshalfvan förefaller något mindre rörlig än den högra. Då patienten visar tänderna, drages munnen något öfver åt höger, och då han rynkar pannan, blifva rynkorna djupare på höger än på vänster sida.

Spinalnerver:

Motilitet. Den aktiva rörligheten är möjlig i de båda extremitetparens alla ledgångar, men rörelserna utföras särdeles långsamt och med stor fumlighet. Mot försök att passift böja och sträcka lemmarna kan han sätta ett rätt betydligt motstånd, så att den grofva kraften knappast synes nedsatt. Passiva rörelser möta i benen någon rigiditet, som dock snart slappas. Armarna kan patienten använda ganska bra. Han kan t. ex. hålla och använda ett vattenglas, en smörgås o. d. Bålens och benens rörelser synes han däremot nästan fullständigt sakna förmågan att koordinera. Försöker man att sätta honom på en stol, glider han ned, om han ej fasthålles. Gör man försök att ställa honom på benen, sjunker han handlöst till golfvet, och äfven med stöd under armarna kan han ej göra det ringaste försök att gå.

Sensibilitet. Sensibiliteten synes, så vidt möjligt varit att pröfva, till alla kvaliteter bibehållen, men retningen fordrar för att komma till medvetandet en större intensitet och ett längre tidsförlopp än normalt.

Reflexer. Patellarreflexer förstärkta mest å vänster ben, en lindrig dorsalklonus kan framkallas å bägge sidor. Öfriga reflexer normala.

Blåsa och rectum funktionera normalt.

Inga vasomotoriska och trofiska rubbningar förefinnas.

Under den följande tiden progredierade symptomen sakta men märkbart. De psykiska förmögenheterna blefvo alt mera defekta, allmänna hälsotillståndet blef alt sämre, och anfallen tilltogo i frekvens

och duration. Några nya härdsymptom uppträdde ej. Den 23 juli föll patienten i ett komatöst tillstånd, han låg och jämrade sig sakta, svarade ej på tilltal, pupillerna voro starkt kontraherade, och han svettades mycket ymnigt. Några få gånger afbröts detta komatösa tillstånd af allmänna konvulsioner. Afled samma dag.

Diagnos: Tumor cerebri.

De skäl, på hvilka denna diagnos grundades, torde väl knappast behöfva särskildt framhållas. Symptomkomplexen i fråga kan vid ett sådant förlopp som detta endast orsakas af tvänne sjukliga processer, nämligen af en hjärntumör eller af en kronisk hydrocephalus. Differentialdiagnosen mellan dessa båda sjukdomar var, såsom framhölls vid demonstration af patienten å kliniken, i detta fall strängt taget omöjlig, ty de symptom, som ej direkt berodde på det ökade trycket, de stegrade reflexerna och koordinationsrubbningarna, äro vanliga vid en kronisk hydrocephalus och en perifer lesion af hjärnnerverna ingalunda ovanlig, enär genom ventriklarnas utspänning hjärnans undre yta pressas mot basis cranii, och symptom från hjärnnerverna åstadkommas. Att man bestämde sig för diagnosen tumor, berodde väl dels på frånvaron af intermittens i sjukdomsförloppet, dels på den visserligen genom obduktionsresultaten oförklarade, men faktiskt förefintliga ömheten i pannregionen, och kanske mest på den omständigheten, att man vid fråga om en vanlig och en mera ovanlig sjukdom såsom antagligast anser den förra, om man för detta antagande har en än aldrig så liten grund, naturligtvis alltid med en viss reservation för den senare.

Obduktionsberättelse den 24 juli 1896. D:r QUENSEL.

»Liket af spenslig kroppsbyggnad. Hull och muskulatur klent utvecklade. Allmänna hudfärgen blek, öfver ryggen röda likfläckar. På vänstra höften är huden på ett omkring 1-örestort område mörkt brunaktig, intorkad. Å nedre delen af högra underarmen ett några cm. långt operationsärr. Likstelhet kvarstår.

Kalotten välformad, tunn. På sågytan märkes ingen diploëhalt, på midten ser man på främre delen synnerligen djupa insänkningar efter araknoidalfransar. Dura betydligt spänd, af vanlig genomskinlighet. I sinus longitudinalis tämligen riklig mängd, tunnflytande, mörkt blod. Insidan af duran blek, jämn och glatt, något torr.

Å konvexiteten af hjärnan synas gyri tillplattade, sulci grunda. Mjuka hinnorna äro af vanlig tjocklek.

I sinus transversus tämligen riklig mängd blodblandad vätska. Hårda hinnan å skallens bas utan anmärkning.

Å basen af hjärnan visa frontal-, temporal- och occipitalloberna intet anmärkningsvärdt, mjuka hinnorna här af normal tjocklek och blodhalt. Vidare finner man å basen af hjärnan, kring chiasma opticum och vid infundibulum en i omkrets 2-örestor tumörmassa af fast konsistens och gråaktig färg, infiltrerande mjuka hinnorna och på höger sida äfven nervus opticus, hvilken här är omkring dubbelt så tjock som normalt. I denna svulst finner man karotiderna å bägge sidor inväxta, men fullt rörliga. Framför svulsten finner man längs nervi olfactorii i mjuka hinnorna å en sträcka af 4 till 5 cm. några större eller mindre circumskripta, gråaktiga förtjockningar, och bakom tumören äro de mjuka hinnorna diffust förtjockade ända till bakre randen af pons. På denna sträcka är därjämte höger nervus oculomotorius förtjockad, infiltrerad af svulstmassa. Den vänstra oculomotorius fläckvis svulstinfiltrerad i nervskidan, bildande smärre utbuktningar. Nervi trochleares fria, nervi trigemini fastväxta intill de förtjockade hinnorna, särskildt den högra. Nervi abducentes, särskildt den högra, sammanvuxna med de förtjockade hinnorna samt den vänstra äfven med pons. Nervi faciales och accustici visa sig särskildt å höger sida förtjockade och infiltrerade. Öfver hela medulla oblongata äro hinnorna förtjockade, visande tättsittande, låga, kullriga svulstartade uppdrifningar. Nervi IX och X synas äfven förtjockade, svulstinfiltrerade, särskildt å höger sida.

Å undre ytan af lilla hjärnan spridda, talrika, låga, fasta, gråhvita, circumskripta förtjockningar uti mjuka hinnorna.

Vid öppnandet af sidoventriklarna synas de betydligt utspända af en klar, serös vätska, hvars mängd kan uppskattas till omkring 400 kcm. Utvidgningen träffar särskildt bakre och undre hornen å vänster sida. Äfven III:dje ventrikeln betydligt utspänd. Aquæductus Sylvii af normal vidd. IV:de ventrikeln utspänd. Öfveralt i sidoventriklarna, III:dje och IV:de ventriklarna förekomma på ependymet små, fina korn, gråaktiga, genomskinliga. Dessutom ser man strax framom nucleus caudatus å båda sidor talrika, knappnålshufvudstora eller större, runda eller långsträckta upphöjningar af gråaktig, genomskinlig färg, delvis fasta, delvis mjuka, slemmiga. Liknande upphöjningar finner man äfven annorstädes, särskildt i bakre hornet af höger ventrikel, för öfrigt spridda i sido- och IV:de ventriklarna.

Å den bakre delen af höger sidoventrikel finnes en svulst, som utfyller mynningen af undre hornet, och som härifrån sträcker sig på mediala ytan af bakre hornet 4 cm. bakåt och 1,5 cm. nedåt på mediala ytan af bakre hornet, minskande i tjocklek och bredd nedåt. Svulsten har jämn yta, är till större delen af mörkt gråröd färg, till konsistensen merendels fastare än omgifvande nervsubstans men fläckvis lösare. Plexus chorioides synes förlöpa å svulstens öfre yta utan att vara als intresseradt af den samma. Tumören motsvarar på ytan af hjärnan bakre hälften af gyrus hippocampi. Äfven å öfre ytan af lilla hjärnan i dess främre del synas de mjuka hinnorna diffust gråaktigt förtjockade.

Hjärnsubstansen är i öfrigt af vanlig fasthet och visar på snittet något minskad blodprickighet, men vanlig fuktighet.

Från öfriga organ intet annat att anmärka, än att i båda lungornas nedre lober funnos några mindre, spridda, färska blödningar.»

Makroskopisk beskrifning af svulsten efter härdningen.

I trigonum interpedunculare förefinnes (se tafla I, bild 1) en något mer än tumändstor, rundad tumör, omslutande de båda karotiderna, chiasma och en del af nervi optici, täckande infundibulum och de båda corpora mamillaria. Lossas dess bakre fästepunkter och upplyftes tumören, ligga dessa senare bildningar fullkomligt fria, och man finner, att svulsten tillhör mjuka hinnorna och bindes nu vid hjärnbasen endast genom de omkringväxta synnerverna. Med denna tumör såsom medelpunkt utgå svulstvegetationer framåt, åt sidorna och bakåt. Framåt förefinnes längs arteriæ cerebri anteriores en obetydlig svulstinfiltration, belägen i mjuka hinnorna i främre stora fissuren, samt dessutom några, med denna ej sammanhängande, platta knottror å basis utefter nervi olfactorii. Åt sidorna utgå längs arteriæ fossæ Sylvii åt höger en obetydlig, åt vänster en mera ansenlig, platt, utefter hjärnytan sig smygande svulstvegetation. Bakåt följer svulstmassan sammanbindningsgrenarna mellan arteriæ fossæ Sylvii och arteriæ cerebri posteriores och spänner så två bryggor mellan den nämnda, runda tumören och infiltrationerna å pons. Å pons äro, såsom synes å bilden, infiltrationerna anordnade i tre, framtill sammansmälta hufvudstråk, som följa den ena arteria basilaris, de andra pons' sidopartier, inbäddande de här framträdande nerverna. Medulla oblongata och öfre delen af cervikalmärgen äro (tafla I, bild 4) omgifna af en svulstmassa, mera betydlig å sidorna och ventralt än dorsalt, där den uppträder i form af större eller mindre, platta knottror. Längre ned i cervikalmärgen har svulstmassan reducerats till en högst obetydlig hinnförtjockning. Om svulsten fortsatte sig längre ned på medulla spinalis och där förefans i ringa eller betydlig utveckling, kan olyckligtvis ej afgöras, då ryggmärgen ej tillvaratogs vid obduktionen. Sidoinfiltrationerna å pons fortsätta sig på lillhjärnan, å hvars så väl öfre som undre yta finnas talrika, dels med hvarandra sammanhängande, dels fria svulstplattor af olika storlek. Några få dylika plattor finnas ock å de delar af stora hjärnans undre yta, som hvila på tentorium cerebelli. Konvexiteten af hjärnan synes vara fri från svulstknottror.

Hvad med föregående beskrifning velat fastslås, är svulstens karakter att hufvudsakligen följande kärlen växa krypande efter ytan, bildande mer eller mindre utbredda, långsträckta eller rundade, föga öfver omgifningens nivå sig höjande infiltrationer. De visa sig öfveralt tillhöra mjuka hinnorna, följa dem in mellan vindlarna men kunna med största lätthet lossas från nervsubstansen, som förefaller alldeles oskadd öfveralt utom i medulla oblongata, hvilken är något deformerad, och där på ett ställe en svulsttapp tränger sig in i substansen.

Konsistensen är fast och seg. Endast med rätt stor svårighet kan man sönderslita svulstmassan. På snittytan kan man urskilja, att ett finmaskigt bindväfsnät spinner sig genom den samma.

Hjärnnerverna äro, såsom synes å bild I, nästan allesammans inbäddade i svulstmassan, endast de båda throchleares och vänstra oculomotorius göra härifrån undantag. Å nervernas skidor synas här och där små svulstknottror. Med stor lätthet kunna de emellertid utskalas ur svulstmassan och synas endast obetydligt påverkade af trycket, något som gör frånvaron af alla symptom från de samma förklarlig.

Utom dessa svulstbildningar å hjärnans yta förefinnes en i högra sidoventrikeln prominerande, större tumör (tafla I, bild 2). Den är utdraget päronformad, har sin största höjd och bredd strax nedom öfvergången från bakre till undre hornet, sträcker sin breda ände något in i det förra och sin smala ände nästan ända till spetsen af det senare, liggande på den mediala och undre ytan, parallel med gyrus hippocampi, således motsvarande läget af eminentia collateralis Meckelii. Den har en längd af 7 cm., och dess största bredd är omkr. 2½ cm. Ependymet är öfver den samma bibehållet, i öfre delen besatt med små knottror af varierande storlek, nedtill är det liksom upplyftadt, veckadt och söndertrasadt. Vid frontalsnitt genom svulsten finner man, att i dess öfversta del (bild 2, där strecket är draget), självfa svulstmassan utgöres af en obetydlig vegetation i fissura occipito temporalis, som buktat upp mot ventrikeln den fullkomligt bibehållna grå och hvita substansen samt ependymet (tafla I, bild 3). Den lossar mycket lätt från omgifvande hjärnsubstans. Vid studiet af snitt sukcessive längre och längre ned vinner man den upplysningen, att till svulstens volummaximum svulstmassa alt mer och mer tilltager i kvantitet, och att hjärnsubstansen blifver alt tunnare och tunnare. På sidorna är gränsen mellan de båda väfnaderna tydligt markerad, men på högsta hvälfningen är stundom svårt att bestämma, hvar nybildning slutar och nervsubstans börjar. Längre ned visa snitten ett aftagande af svulstmassan och mera bibehållen hjärnsubstans. Tumören, som här beskrifves, gör således intryck att vara en i fissura occipito temporalis växande nybildning, som utan att i högre grad svulstvandla hjärnsubstansen under sin tillväxt förtränger och förtunnar den samma, bildande en af nervväf beklädd svulst i högra sidoventrikeln, intagande platsen af den af nämnda sulcus orsakade upphöjningen — eminentia collateralis.

Tumörens konsistens är i de basala delarna tämligen fast, i de öfre däremot ganska mjuk, och dess massa låter här med lätthet sönderdela sig i trådformiga bildningar.

Mikroskopisk undersökning af svulsten.

Materialet har fixerats och härdats i 1 % formalin, efterhärdats i alkohol af olika koncentration från 40 till 96 %. Inbäddning i celloidin och parafin. Den senare inbäddningsmetoden syntes mindre fördelaktigt ha inverkat på väfnaden, enär parafinsnitten visade särskildt den myxomatösa väfnaden mindre vacker än celloidinsnitten, hvarför såväl beskrifningen som teckningarna härleda sig från celloidinsnitt. Dessa ha växlat i tjocklek från 10 till 25 μ. Af färgningsmetoder ha användts hematoxylin + eosin (snabbfärgning), långfärgning i hematoxylin

med affärgning i svagt saltsur alkohol, BIONDI, VAN GIESON-ERNST, RISSLER, WEIGERT-PAL, samt färgning i fuchsin, metylenblått och nigrosin.

Först skall nu klargöras den histologiska strukturen af svulsten, där den makroskopiskt ter sig såsom en obetydlig förtjockning af mjuka hinnorna, och där man således kan antaga den vara yngst. Detta är fallet i cervikalmärgen samt på några andra ställen, där intill större infiltrationer förefinnas, smärre hinnförtjockningar. Snitt i de tre olika dimensionerna te sig i hufvudsak lika, och den beskrifning, som här lemnas af tvärsnittet, gäller i tillämpliga delar för snitten i de andra riktningarna.

Den på de omnämnda ställena förefintliga förtjockningen visar sig vara orsakad af späda cellvegetationer, som ligga intill och i direkt kontinuitet med pians koncentriskt gående bindväfsfibriller; med sin perifera yta vetta de fritt ut i subaraknoidalrummen. Vegetationerna utöras dels af små, begränsade knottror, dels te de sig på tvärsnittet såsom långsträckta bildningar, understundom upptagande ända till ¼ af ryggmärgens omfång. Deras yttre gränser äro mestadels parallela med pian, men på sina ställen särskildt kring nervröterna förtjocka de sig och bilda relatift betydliga utbuktningar.

Söker man rätt på ett normalt ställe af den subaraknoidala bindväfven och följer denna mot de omtalade cellvegetationerna, skall man finna, att endotelet, hvilket normalt ter sig såsom en beläggning af ovala, på ett visst mellanrum från hvarandra liggande, starkt ljusbrytande kärnar, åt vegetationen till sväller an, bildar kubiska eller cylindriska celler med klar protoplasma, som understundom resa sig på kant, så ser man 2 till 3 lager af dylika celler utanför hvarandra, tills slutligen med ens en större anhopning celler uppträder. Det är naturligtvis endast undantagsvis, man möter en så typisk anordning; ibland ser man utanför cellanhopningen endast ett ansväldt endotel, ibland ett flerlagrigt, direkt följande på ett normalt endotel. Kärndelningsfigurer ha icke kunnat påvisas i dessa celler, men fixering och härdning torde ej ha varit så lämpliga för deras framträdande.

Cellvegetationerna bestå af 3 olika celltyper, som uppträda än hvar för sig, än tillsamman.

Det ena slaget utgöres af späda celler (tafla II, bild 5) med tämligen stor, än oval, än rund kärne, med hematoxylin ganska

starkt färgbar, betydligt kornig, skarpt begränsad, och hvilken är omgifven af en tunn protoplasmazon, som åt alla håll utsänder utlöpare. Dessa utlöpare utgå, såsom sagdt, oftast åt alla riktningar, men icke sällan äro två hvarandra motsatta de bäst utvecklade, så att cellen får en spolformig typ. Understundom omslutas två till tre kärnar af samma, utlöpare utsändande protoplasmamantel. De olika utlöparna förena sig med liknande från närliggande celler och bilda sålunda en ganska vacker myxomatös väfnad. Cellkroppens och utlöparnas protoplasma är ganska starkt kornig, glänsande och färgar sig med vanliga protoplasma-färgningsmedel, kanske tager den till sig något mera hematoxylin än protoplasman hos celler i allmänhet. I luckorna i det af utlöparna bildade nätverket kan ingen som hälst struktur upptäckas.

Det andra cellslaget eller rättare väfnadsslaget, ty det är ju oegentligt att tala om celler, där cellgränser saknas, utgöres af kärnar, till byggnaden fullkomligt med myxomcellernas öfverensstämmande, som utan någon bestämd ordning ligga inbäddade i en gemensam protoplasmamassa (tafla II, bild 6). Denna utmärker sig för en utpräglad kornighet utom på några ställen, där den är alldeles homogen, i ofärgadt snitt vaxglänsande, vid färgning med hematoxylin + eosin tagande till sig rätt mycket af det förra färgningsämnet och med ett utseende nära öfverensstämmande med de bildningar, som finnas inuti den fullt utvecklade svulstväfnaden, och som afbildas i bild 8. Dessa båda beskrifna väfnadsslag förekomma än hvar för sig, än tillsamman, och då ligger den sist nämnda väfnaden understundom centralt, men oftast perifert om den myxomatösa väfnaden.

Inbäddade i de af dessa väfnadsslag bildade vegetationerna ligger det tredje cellslaget (bild 5 och 6 *a*). Det består af runda eller ovala celler med en homogen, glänsande, nästan kornfri protoplasma, som i allmänhet är ganska skarpt begränsad, och med ovala, nästan blåsformiga, ytterst finkorniga kärnar, hvilka ligga i cellens midt. Både protoplasman och kärnarna färga sig mycket sparsamt med vanliga färger, kärnmembranen tager dock till sig ganska intensift hematoxylin och kontrasterar skarpt mot den med undantag af en eller ett par nucleoli nästan ofärgade kärnkroppen. Cellerna göra således fullkomligt intrycket af endotelceller. Karakteristiskt är, att de uppträda i form af kolfvar, som slingra sig så starkt,

att det är endast undantagsvis, man får se dem löpa rakt något längre stycke. De ligga dels inuti cellmassorna, dels slingra de sig mycket ofta utom de samma och bilda då i subaraknoidalrummen liggande, ofta mycket inkrånglade slyngor. I knottrorna på ependymet, hvilka, såsom vi skola se, ha en byggnad mycket nära öfverensstämmande med dessa cellvegetationers, har jag sett kolfven slingra sig ut i ventrikeln för att snart åter dyka in igen. Somliga af dem äro otvifvelaktigt solida; cellfylda tvärsnitt ser man ofta, som bestämdt icke kunna tydas såsom möss-snitt, andra äro lika otvifvelaktigt försedda med lumen. Detta senare är i synnerhet fallet i litet äldre delar af svulstbildningen och i ependymknottrorna. Lumen omgifves ofta af flerlagrigt endotel, understundom af blott enlagrigt. Här och där i dessa lumina finner man röda blodkroppar. I de cellvegetationer, som nu beskrifvas, har deras sammanhang med kärlen icke kunnat konstateras, däremot har detta flerfaldiga gånger varit fallet i proliferationszonen af äldre svulstpartier och i ependymknottrorna. Redan på ett antagligen mycket tidigt stadium af endotelkolfvarnas utveckling ser man dem omgifna af en späd, finbrillär bindväf (bild 6), och på ett äldre stadium finner man en mycket tydlig bindväfsmembran omkring de samma.

Dessa förut beskrifna svulstvegetationer sitta omedelbart på pia-bindväfven, som vid de yngre är visserligen något förtjockad men för öfrigt fullt normal, vid de äldre däremot äro bindväfsbalkarna här och där särsprängda af en proliferation af celler af den förut beskrifna myxomcelltypen.

Därmed kan den histologiska beskrifningen af svulstens antagligen yngsta delar anses vara uttömd, och skildring af den mikroskopiska strukturen hos de på basen af hjärnan befintliga knottrorna och infiltrationerna skall nu lemnas. De ha alla tillika med den runda tumören kring chiasma fullt identisk byggnad. Det mest utmärkande draget för denna är en uttalad alveolär anordning af svulstelementen (tafla II, bild 7, ritad efter ett BIONDI-färgadt tvärsnitt af en svulstknottra öfver lillhjärnan). Bäst framträder detta på tvärsnittet, som först och utförligast skall studeras, sedermera anföras de modifikationer, som de öfriga snitten erbjuda.

Den alveolära strukturen uppkommer därigenom, att från bindväfven vid svulstplattans bas ett sirligt nätverk af fibrillär bindväf spinner sig genom hela svulstmassan ut mot den

perifera ytan. Bindväfven är mycket finfibrillär, på några ställen kan ingen struktur als i den samma upptäckas, den är här homogen, starkt glänsande, såsom det tyckes, hyaliniserad, dock utan att den antager sådana former som i cylindromen. Den är mycket kärnfattig; man kan ibland få genomleta långa sträckor utan att träffa på en enda kärne. De alveoler, som af detta bindväfsnätverk bildas, äro å tvärsnittet, såsom synes å bild 7, mot periferin små, ibland rymmande endast ett fåtal celler, och ligga här liksom vid basen med sin längsta diameter i svulstens längdriktning. De mellersta alveolerna ha däremot en mera tvärställd riktning, eller äro alldeles oregelbundet anordnade och af mycket växlande storlek. Denna anordning är dock ingalunda öfveralt genomförd, tvärtom grumlas regelbundenheten på mångfaldiga ställen, och alveolerna ligga huller och buller om hvarandra och äro af mycket olika dimensioner. Nätverket är ej slutet, utan de olika i alveolerna inrymda cellhoparna kommunicera flitigt med hvarandra, särskildt i tumörens basala delar.

Alveolernas storlek är i de olika delarna af svulsten mycket växlande. I de äldre partierna äro de små, och bindväfsmassan kan här nästan täfla i volum med cellerna; i partier, som kunna antagas vara yngre, d. v. s. i de minsta knottrorna och i periferin af de större, ha de däremot en ganska betydlig storlek, och cellernas massa är mångfaldigt öfverlägsen bindväfven, hvilken blott såsom ett fint reticulum genomspinner cellväfnaden.

I bindväfven förlöpa svulstens kärl. På tvärsnitten finner man mestadels äfven kärlen i tvärsnitt, endast här och där påträffas ett längd-skuret. Det färre antalet ha normala eller ej obetydligt förtjockade väggar, de flestas väggar äro tunna och utgöras blott af endotelet och en spād adventitia.

På ej så få ställen af svulsten finner man, att alveolerna äro anordnade med sin längdaxel koncentriskt kring kärlen, så att kärltvärsnittet synes omgifvet af de ena utanför de andra liggande, af gröfre bindväfsbalkar skilda, af finare stråk sönderdelade cellringar. Detta dock ingalunda så talrikt, att det åt svulsten gifver någon bestämd karakter.

Innehållet i alveolerna utgöres till allra största delen af celler med myxomcellens utseende. Vid isolering finner man de mest mångfaldiga former. Fullkomligt runda celler, spolformiga, men mestadels äro de stjärnformiga. De äro försedda

med en tämligen stor, väl färgad, ganska kornig kärne, omgifven af en större eller mindre protoplasmamantel, som åt alla håll utsänder utlöpare. Tillsamman bilda de en myxomatös väfnad, fullkomligt liknande den som förefinnes i de förut beskrifna hinnförtjockningarna, och som afbildas i bild 5. Äfven här finner man den andra väfnadstypen, d. v. s. kärnar liknande myxomcellernas, inbäddade i en kornig protoplasmamassa, som ej visar spår till cellgränser, men i betydlig mindre utsträckning än det förra väfnadsslaget. Stundom förekommer den ensam utfyllande en alveol, stundom tillsamman med myxomatös väfnad och ligger då alltid central om denna senare. Dessutom ser man här och hvar, liggande enstaka i de andra väfnadsslagen, stora, ovala, kärnlösa celler, som tyckas vara sammansatta helt och hållet af tämligen ansenliga, runda, skarpt begränsade, i eosin starkt sig färgande korn.

I en del alveoler, särskildt i de större, finnas rätt egendomliga bildningar. De te sig på det ofärgade preparatet som vaxlikt glänsande, homogena, vid stark förstoring ytterligt finkorniga, om de hyalina broskens mellansubstans påminnande massor, i hvilka på somliga ställen runda eller stjärnformiga celler äro inbäddade (tafla II, bild 8); på andra ställen äro cellerna sparsamma eller saknas alldeles. Stundom äro cellerna frappant regelbundet anordnade, på andra ställen ligga de utan den ringaste regelbundenhet. Mellansubstansen färgas med hematoxylin men ej med sura anilinfärger. De äro rätt skarpt begränsade från omgifningen, sända ofta utlöpare ut i den samma, och understundom passa närliggande celler in i håligheter på kanten. Stundom äro de försedda med vakuoler, större eller mindre, hvilka ofta begränsas af förtätad mellansubstans, som intensivare färgar sig än omgifningen. Dessa bildningar utfylla aldrig helt och hållet en alveol utan ligga i deras midt, omgifna stundom endast af myxomatös väfnad, stundom af båda de ofvan beskrifna väfnadsslagen, detta särskildt i de större alveolerna. I senare fallet är vanligen anordningen en sådan, att längst i periferin ligga myxomcellerna, som då ofta närma sig spolformen med längsta diameter i radieriktningen, därefter den korniga massan och innerst den beskrifna bildningen.

Äfven i cellsträngarna finnas här och hvar lakuner af olika storlek, stundom ganska väl begränsade, dock ej af en särskild membran, stundom med mycket oregelbunden gräns.

Kärl äro ytterligt sparsamma inuti alveolerna, de hålla sig, som sagdt, mestadels till bindväfven, någon gång får man emellertid i de samma se snitten af tunna kärl.

Yt- och längdsnitten afvika från tvärsnittet endast i det afseendet, att cellsträngarna äro mera långsträckta, längden 3 till 4 gånger öfverträffande bredden, detta gäller ock om de hyalina bildningarna. Kärlen ser man på dessa snitt betydligt oftare i längdsnitt än tvärsnitt.

Den föregående beskrifningen gäller om svulstdelar, som afslutat sin perifera proliferation; i de delar, där en sådan är i gång, blir bilden i proliferationszonen en annan än den, som förefinnes i andra delar. Alveolerna äro här mycket stora, öppna mot subaraknoidalrummen och fylda af de båda mångomtalta väfnadstyperna. Men i dessa förekomma äfvenledes bildningar, som saknas i den fullt utbildade svulsten, nämligen endotelslyngor, fullkomligt öfverensstämmande med de, som finnas uti de yngsta svulstvegetationerna. De äro mycket talrika, slingra sig flitigt dels inuti väfnaden och dels fritt i subaraknoidalrummen och det i så stor mängd, att snittet stundom är fullkomligt fransadt af dessa slyngor. De äro här oftare försedda med lumen än på det förut beskrifna stället, innehålla rätt ofta röda blodkroppar, och man kan ej sällan se dem sammanhänga med kärl djupare ned i svulstsubstansen. Man får häraf den föreställningen, som skulle bildningen af dessa slyngor föregå den egentliga svulstbildningen.

Återstår nu beskrifningen på den mikroskopiska byggnaden hos den stora, i högra sidoventrikeln prominerande tumören och hos ependymknottrorna.

Hvad den förra beträffar, så är strukturen i dess basala delar och i dess bakre del, motsvarande bild 3, samt delvis i dess perifera mot hjärnsubstansen liggande delar analog med byggnaden hos de basala infiltrationerna. Cellerna i alveolerna ha dock en någon annan skepnad, i det de på många ställen ej äro stjärnformiga utan mera spolliknande och ligga radade på hvarandra. Detta desto mera utprägladt ju närmare man kommer svulstens centrala, hufvudmassan af den samma utgörande del. Denna har ett rätt afvikande utseende. Hvad som i fråga om denna olikhet mest faller i ögonen är den totala frånvaron af bindväfsstroma. Detta ersättes af kärl, som till större delen tyckas löpa i riktning från sulcus occipito-tempo-

ralis' mynning mot dess djup, i det man på sagittal- och frontalsnitt möter mest längdsnitt, på horisontalsnitt mest tvärsnitt, dock ingalunda uteslutande utan äfven på respektive snitt af motsatta slaget. Delar af slyngor finner man här och där. De ha ett vidt, med röda blodkroppar proppfyldt lumen och en tämligen tjock adventitia af en mycket finfibrillär, här och hvar nästan strukturlös bindväf. Glatta muskelceller saknas i kärlväggen helt och hållet. De ha alla samma storlek och upplösa sig ingenstädes inom tumören i kapillarer. Beträffande deras förhållande till hvarandra får man det intrycket, som hade man framför sig ett kärlnystan, mellan hvilkets trådar celler voro inlagrade. Naturligtvis vill jag ingalunda påstå detta nystan vara enträdigt, tvärtom torde det väl vara sammansatt af en hel massa flitigt sig slyngande kärl. Kring dessa kärl gruppera sig nu svulstens cellelement på ett ganska karakteristiskt sätt. Närmast kring kärlen ligga vanligtvis i enkelt lager spolceller med en finkornig protoplasma och en rätt stor glänsande kärne. De häfta med sin ena pol vid kärlets adventitia och omgifva det samma som en mantel. På tvärsnittet (tafla II, bild 10) radiera de ut från kärlet såsom medelpunkt och omgifva det samma som en gloria. På längdsnittet (tafla II, bild 9) ligga de i rad med långsidan mot hvarandra utefter kärlet. De tyckas ganska fast häfta vid kärlväggen, enär man vid isolering mycket ofta finner kärlen besatta med grupper af dylika celler. Utanför dessa äro cellerna dels kornigt sönderfallna och dels myxomvandlade, och mest centralt finner man ofta en hyalin bildning, alldeles liknande den som förut beskrifvits (bild 8). Denna har oftast långsträckt form med längdaxeln i kärlens riktning, i tvärsnitt är den tämligen rund eller något oregelbunden. På några få ställen äro kärlen ersatta af balkar af en mycket finfibrillär bindväf, som på sina ställen är nästan kärnlös och hyalin, och mellan dessa ligga sparsamma, ganska väl bibehållna, aldrig myxomvandlade celler. I tvärsnittet af sådana balkar ser man ej så sällan ett skrumpet endotelrör, och man får det intrycket, att kärlens adventitia hypertrofierat och tagit råda på dess lumen. Denna modifikation af svulstens byggnad förekommer endast på några få ställen.

Innan jag öfvergår till beskrifningen af ependymets förändringar, vill jag redogöra för svulstens förhållande till nervsubstansen. Genast må då framhållas, att den lemnat den samma i märkvärdig grad oberörd. Hvad beträffar de basala

svulstvegetationerna, äro de i regel genom ett tämligen tjockt bindväfslager skilda från närliggande nervsubstans, endast på ett ställe i medulla oblongata har svulstväfnaden tappformigt inträngt i nervsubstansen och förstört den samma, och antydan till början af ett sådant inträngande finnas å några andra ställen af samma parti af centrala nervsystemet; dessa svulsttappar tyckas ha följt kärlen in i nervsubstansen. Utom härigenom har nervsubstansen lidit genom det tryck, som svulstbildningarna utöfvat. En blick på öfre cervikalmärgen (bild 4) visar, att denna på ena sidan blifvit tillplattad, och under mikroskopet ser man, att det perifera glialagret är betydligt förtjockadt, och att hufvudsakligen i sidosträngarna men äfven i de öfriga en icke obetydlig degenerationsprocess förefinnes. Nerver och nervrötter ha mycket bra stått emot trycket. De flesta äro, äfven om de ligga alldeles inbäddade i svulstmassan, fullkomligt normala med vackra myelinskidor och tydliga axelcylindrar, på några få ställen blott har jag tyckt mig finna den hårdvisa degeneration, som Westphal omnämner (se nedan). Genom ett missgrepp vid dissektionen kom, ledsamt nog, vänstra facialis icke särskildt att undersökas.

Den stora tumören har särskildt i botten på fissuren till icke obetydlig grad diffust öfvergripit på nervsubstansen, på öfriga ställen har denna genom svulstens tryck atrofierats, så att i grå substansen pyramidcellerna försvunnit och den samma myxomvandlats och blifvit enormt kärlrik. Dessutom ligger härstädes en otalig massa psammomkorn.

Om förändringarna i ependymet kan jag fatta mig kort. Det samma är i sin helhet betydligt förtjockadt. Denna förtjockning träffar till större delen det under ependymcellerna liggande glia-lagret, hvilket utgöres af stora, rikt förgrenade celler, hvilkas cellkropps längdriktning är parallel med ependymets ytutbredning, och hvilkas utlöpare till större delen äfven de löpa i samma riktning. Det subependymära lagrets kärlrikedom är betydligt ökad. Ependymcellerna äro på sina ställen bortfallna, på andra ställen förekomma de åter i flere lager utanpå hvarandra, och stundom ser man, att de prolifererat till ganska stora cellhopar, som prominera in i ventrikeln. I dessa proliferationer äro cellgränserna mycket otydliga. De större, makroskopiskt upptäckbara ependymknottrorna, som på icke få ställen äfven de synas framgå ur en proliferation af ependymet, bestå af de tre väfnadsslag, som beskrefvos vid tal om

de tunna hinnförtjockningarna, som antogos vara den basala svulstens yngsta delar. Den kornrika protoplasmamassan med de väl bibehållna kärnarna är fullkomligt öfverensstämmande med den på sagda ställen förekommande, och här och hvar träffar man på samma egendomliga, homogena ställen som där. Den är dessutom af samma utseende som de cellproliferationer från ependymet, som nyss beskrifvits. Endotelslyngorna äro härstädes särdeles talrikt förekommande, äro mycket vackra med tydligt begränsade celler, ha ofta ett blodkroppar innehållande lumen och kunna som oftast ses sammanhänga med kärlen i det subependymära lagret. Myxomcellerna ha här ett från de förut beskrifna något afvikande utseende. Deras kärne och cellkropp äro mindre, deras protoplasma förefaller fastare och är nästan kornlös, deras utlöpare äro nästan ogrenade, långa och utstråla åt alla riktningar. De ha sålunda en frappant likhet med vackra gliaceller.

Här och hvar i dessa förut beskrifna svulstbildningar finner man enstaka eller i grupper liggande psammomkorn. Sparsamt förekomma de äfven i ependymknottrorna, talrikast i den stora tumören i fissura occipito-temporalis, dock ingalunda till så enormt antal, som de, såsom sagdt. förefinnas i den närmast denna tumör liggande nervsubstansen.

Histogenes.

Innan man går in på den egentliga histogenesen, torde vara skäl att diskutera, huruvida de bildningar, som nu beskrifvits, äro analoga, äro yttringar af samma sjukliga process. Rättast skulle kanske vara att gömma denna diskussion, till efter klargörandet af genesen, men jag tror, att denna frågas afgörande nu förenklar den följande beskrifningen, och förhållandet emellan dessa bildningar är så klart, att detta ingen svårighet torde möta.

Hvad beträffar de tunna hinnförtjockningarna och svulstvegetationerna på hjärnans bas, så kan man på många ställen se dem direkt öfvergå i hvarandra, cellslagen inuti de senares alveoler äro ju af fullkomligt samma typ, som de uti de först nämnda förekommande, och de perifera delarna af de utvecklade knottrorna ha alldeles samma utseende som hinnförtjock-

ningarna. Håraf tyckes framgå, att nämnda bildningar äro olika utvecklingsgrader af samma svulstvegetation. Att endotelslyngorna fattas i de större knottrornas fullt utvecklade delar, beror på en omständighet, som senare skall anföras. Föreligger nu intet tvifvel, att dessa bildningar äro analoga, så följer däraf med lika stor visshet, att ependymknottrorna äfven stå i allra närmaste släktskap till de samma, ty de äro ju, såsom vi hafva sett, fullkomligt lika byggda med de späda cellvegetationerna, och den lilla modifikation, som myxomcellerna erbjuda, äro icke större, än att den kan förklaras såsom beroende på lokaliteten.

Den stora, in i högra sidoventrikeln prominerande tumören har ett direkt sammanhang med delar, som äro af fullt samma byggnad som de basala vegetationerna, dess bakre och basala delar samt delvis dess sidodelar ha ju en alveolär byggnad i alt öfverensstämmande med deras, den är otvifvelaktigt en piatumör, som endast sekundärt intresserat nervsubstansen, och man finner i den samma tendens till myxomvandling och hyalin degeneration som i öfriga delar af svulstbildningen. Detta torde vara nog skäl för att räkna den tillsamman med öfriga vegetationerna och för att antaga dess afvikande byggnad såsom en på ett eller annat sätt uppkommen modifikation. Mycket konstladt vore ju att anse den såsom en svulstbildning inuti svulsten, och öfriga författare, i hvilkas fall svulstbildningar af från de öfriga afvikande byggnad förefunnits (se literaturöfversikten), ha icke en gång diskuterat saken utan antagit den såsom a priori självfallen.

Gå vi nu till histogenesen, torde vara bäst att hvar för sig skärskåda uppkomsten af cellerna, af kärlen och af bindväfven i de typiska svulstvegetationerna.

Såsom redan torde ha framgått af den histologiska beskrifningen, är det min åsikt, att cellerna i svulsten ha sitt ursprung från subaraknoidalrummens endotelbeklädnad. Endotelcellerna antaga en kubisk eller cylindrisk form, resa sig på kant, som vore dem rummet för trångt, lagra sig i flere lager öfver hvarandra för att slutligen öfvergå i en cellvegetation, bestående af myxomceller och af en kornig massa, i hvilken väl bibehållna kärnar äro lagrade. Det är således antagligt, att beläggningsendotelet råkat i proliferation, men att en myxomvandlande tendens kommit till och åstadkommit, att endotelcellernas afkomlingar blifvit alt annat än lika sina för-

fäder. I hvilket förhållande till hvarandra den myxomatösa väfnaden och den korniga massan stå, är icke godt att afgöra; på några ställen, där den senare legat centralt och de förra perifert, har jag trott den vara en föregångare till myxomväfnaden, enär i den samma synts luckor, som tydde på en dylik omvandling, men jag har dock stannat vid såsom antagligast, att förhållandet är tvärtom, att den korniga massan är en degenerationsprodukt af myxomcellerna och en föregångare till hyalinvandlingen, detta kanske mest beroende på anordningen i de större alveolerna, där understundom dessa tre väfnader träffas tillsamman, och då myxomväfnaden har sitt läge mest perifert, så den korniga massan och i centrum hyalinbildningen. Såsom hyalin anser jag nämligen de i bild 8 framstälda bildningarna, i ofärgadt snitt vaxglänsande, och som färga sig icke alt för starkt i hematoxylin och endast svagt i sura anilinfärger. Hvarpå det beror, att dessa senare färger icke bita, ehuru det motsatta förhållandet skulle vara karakteristiskt för hyalin, vet jag icke, kanske därpå att de ej blifvit fullt vattenfria, hvilket lär fordras; jag har dock ingen als tvekan att föra dem till denna grupp af degenerationsprodukter, ty i sarkom, där hyalinvandlingen kan sättas utom all fråga, har jag sett alldeles dylika bildningar.

Endotelkolfvarna och cylindrarna, hvarifrån leda de sitt ursprung, och hvilket blir deras öde? Såsom redan är sagdt, kan man på sina ställen se dem utgå från kärlen, och liksom de utgå från kärl, blifva de omsider kärl. På äldre partier ser man dem nämligen försedda med lumen, i detta finner man ofta blodkroppar, de omgifva sig med ett bindväfshölje, de uttänjas alt mer och mer, blifva enlagriga, och kärlet är färdigt. I öfverensstämmelse härmed saknas de i den fullt utbildade svulsten, men i proliferationszonens stora alveoler finner man glomerulusliknande bildningar, som otvifvelaktigt äro fullt öfverensstämmande med de slyngor, som kanta svulsten.

Svulstens bindväf uppstår delvis af den subaraknoidala bindväfvens balkar, men till ännu större del har den nog ett annat ursprung; man ser nämligen de unga kärlen och för resten äfven endotelkolfvarna omgifna af ett bindväfslager, som synes mäktigare i ju äldre partier, man studerar, och det är icke otroligt, att denna räcker till att bilda både adventitia och alveolbalkar, kärlen löpa ju också till större delen inom svulstens bindväf. Dessutom finner jag ingalunda otroligt, att

af myxomcellerna själfva bildas bindväfsfibriller. I de stora, unga alveolerna finner man nämligen ett fint reticulum af bindväf, och man får ovilkorligen det intrycket, som hade myxomcellerna antagit fastare form, sträckt ut sina utlöpare på längden och bildat bindväfsfibriller. Någon omöjlighet härför föreligger icke, då ju de äro ättlingar af från mesenkymet stammande celler.

Huru den modifikation af svulstens byggnad, som representeras af den stora tumören, skall anses hafva uppkommit, är naturligtvis icke godt att afgöra, men man kan nog göra några icke osannolika antaganden. Såsom vi funnit af beskrifningen öfver den mikroskopiska byggnaden, är den ett alldeles typiskt specimen af den svulstart, som WALDEYER benämnt angiosarcoma plexiforme. Nästan hvarje ord af hans definition på denna svulst passar in på i fråga varande nybildning. Denna svulstart anses uppkomma genom proliferation af kärlen och den dem omgifna cellbeklädnaden, som förekommer i en del organ såsom i testikeln, i koxygealkörteln, i parotis och i hjärnan. Skulle nu icke denna tumörbildning kunna anses ha uppkommit på ett sådant sätt? Utan tvifvel. Ingen omöjlighet föreligger, för att subaraknoidalkärlen i denna trakt kommit i lifligare proliferation än å andra delar, och att de dem omgifvande peritelcellerna vegeterat och bildat svulstens cellmassa. Härför tala åtskilliga saker. Svulstens celler stå ju i mycket intimt sammanhang med kärlens adventitia. De omgifva den som en sluten mantel, och vid isolering häfta de gruppvis fast vid kärlväggen. På några ställen har man ock kunnat se kärlen omgifna af låga, kubiska celler, och det torde väl icke vara stort vågspel att anse dessa som förstadier till de spolformiga celler, som förefinnas i svulstens hufvudmassa. De kring kärlen grupperade cellerna äro väl att antaga såsom de yngsta, och de mera perifert belägna såsom äldre åt myxom och hyalin degeneration hemfallna celler.

Om ependymknottrornas histogenes skall jag fatta mig kort, den är fullt analog med den, som beskrifves vid fråga om pialförtjockningarna. Hufvudmassan af dess celler bildas genom proliferation af ependymet, som man inemot knottrorna ofta ser förtjockadt och flerlagrigt. Endotelslyngorna stamma

från kärlen i det subependymära lagret, därom är ingen osäkerhet rådande; på många ställen har deras sammanhang kunnat konstateras, somliga af dem öfvergå äfven här till kärl. Någon alveolär struktur utbildar sig icke härstädes, möjligen beroende därpå, att dess väfnad, som här representerar bindväfven, gliaväfven icke är lämpad för en sådan anordning, möjligen därför att proliferationerna här icke komma till större utbredning.

Beträffande svulstens tillväxt och spridning torde icke många ord behöfva yttras. Den håller sig, såsom redan något påpekats, i allmänhet inom subaraknoidalrummen. Tillväxten har hufvudsakligen varit perifer, så att svulstknottrorna fått ett platt utseende och visa en trogen afgjutning af subaraknoidalrummens form, och deras tjocklek bestämmes därför i allmänhet af dessas rymlighet (bild. 1 o. 4). Aldrig har svulsten befunnits genombryta araknoidean utan alltid varit begränsad mot subduralrummet med bindväf. Om den utvecklat någon betydligare volum, såsom i medulla oblongata och i fissura occipito-temporalis, har det alltid varit på nervsubstansens bekostnad, och den har då vegeterat in i de kärlen följande piatrattarna.

Hvad spridningen i diskontinuitet beträffar, så är det otvifvelaktigt, att denna skett på det sätt, som af A. Key påpekats, nämligen förmedels strömningarna i subaraknoidalrummens serösa vätska. Spridningen af seminierna har i allmänhet icke varit långväga, ty man upptäcker sällan några knottror på långt afstånd ifrån hvarandra, de hålla sig ju också tämligen troget till hjärnbasen, och häruti får man väl söka förklaringsgrunden till, att de af samme författare påpekade retentionsställena för svulstseminierna, nervernas utträdesställen ur kaviteten och araknoidalfransarna, blifvit skonade från metastaser. I hjärnans inre hålrum torde väl seminierna förts af vätskan genom foramina Magendi och lateralia, möjlighet finnes dock för, att de kommit från den stora i ventrikeln prominerande tumören, enär nervsubstansen öfver densamma bitvis var mycket tunn och tillika med ependymet söndertrasad. Att söka bestämma någon modersvulst, från hvilken sedan utsäde skett, är härvidlag nog icke möjligt. Symptomen gifva ingen ledning, och storleken af svulsten i fissuren berättigar oss icke att antaga den som modersvulst, då den visade en ovanlig kärlrikedom, och i följd däraf en hastigare växt på densamma måste antagas.

De här uttalade åsikterna om svulstbildningarnas histogenes skulle jag vilja sammanfatta i några satser:

1. Alla här beskrifna bildningar äro identiska med hvarandra och orsakade af samma sjukliga process.

2. Cellerna äro i de basala vegetationerna att härleda från subaraknoidalrummens beläggningsendotel, i ependymknottrorna från ependymet och i den stora svulsten från kärlens peritel.

3. Bindväfven härstammar, där den förekommer, dels från den subaraknoidala bindväfvens balkar, dels från bindväf af okändt ursprung, som medföljer de nybildade kärlen, dels möjligen från svulstens egna celler.

4. Kärlen bildas i de basala vegetationerna och i ependymknottrorna genom proliferation och slyngbildning af de färdiga kärlens endotel, i den stora svulsten är deras uppkomstsätt okändt.

5. Svulstbildningen i sin helhet har således att tacka för sin uppkomst en proliferativ tendens hos celler af i allmänhet endotelial natur, och erbjuder en viss modifikation af byggnaden, alt efter som det är det ena eller andra slaget af endotel, som prolifererat — subaraknoidalrummens endotel, ependymet, kärlens peritel. Denna proliferativa tendens har följts af en med den jämsides löpande tendens till myxomvandling och hyalin degeneration.

Psammombildningen.

Som jag hade ett fall till undersökning, hvilket till ganska betydlig mängd innehöll sådana egendomliga bildningar, som utgöra den mest karakteristiska beståndsdelen i de svulster, som VIRCHOW benämnt psammom, och som därför kunna kallas psammomskorn, var naturligt, att jag något skulle försöka studera sättet för dessa bildningars uppkomst i detta fall. Innan jag meddelar resultatet af dessa undersökningar, vill jag lemna en kortfattad framställning om de olika åsikterna i denna fråga, enär en sådan framställning icke passar ihop med den öfriga literaturöfversikten och därför lämpligast torde meddelas här.

VIRCHOW, hvilken som sagdt är den, som gifvit dem namn, framställer den åsikten, att de möjligen kunna uppkomma genom någon slags cellbildning eller bildas i bindväfvens inter-

cellularsubstans, men att en stor del af de samma bildas såsom enkla konkretioner genom kalkaflagring i fibrinkoagula mellan väfnadselementen STEUDENER biträder denna senare åsikt och såg i ett af sina fall ett delvis psammomvandladt fibrinkoagel. Denna åsikt gäller nog endast för de mera oregelbundna bildningarna, som ej visa denna vackra koncentriska teckning, som utgör ett af psammomkornens karakteristika. Det är nämligen svårt att tro, att denna beror på blott och bart den kristalliserade kalkens ljusbrytande förmåga, ty den borde i sådant fall försvinna vid urkalkning, något som icke är förhållandet, hvarför man nog får anse koncentriciteten såsom en egenskap hos bildningarnas organiska grundlag. CAMILLO GOLGI ansåg dylika bildningar uppkomma antingen genom koncentriskt lagrade, platta, till lameller sammanfogade celler, eller genom på ett liknande sätt anordnade bindväfsfibriller. STEUDENER, som egnat ett ganska ingående studium åt frågan, anser, ehuru han äfvenledes, såsom sagdt, biträder VIRCHOWS uppfattning, likaledes att de kunna bildas genom en koncentrisk lagring af till svulstens element hörande celler. Till honom ha anslutit sig de flesta af följande författare, och deras åsikter differera endast med afseende på cellernas ursprung. ROBIN anser dem härstamma från araknoidalepitelet, och detta gör äfven NEUMANN, som dock använder den riktigare beteckningen endotel. EBERTH och ARNT likställa dessa bildningar med kankroidperlor och ha rätt egendomliga uppfattningar om cellernas uppkomst; den förre anser, att »epitelcellerna» stamma från lymfoida celler, som sitta på balkarna i subaraknoidalrummet, den senare från hvita blodkroppar, som ligga i lakuner mellan kärlens media och adventitia. STEUDENER anser dessutom, att de långa, oregelbundna bildningar, som understundom finnas i psammomer, uppstå genom kalkaflagring inuti bindväfsfibrillerna. I alla dessa åsikter frånkännas psammomkornen alt sammanhang med kärlen. CORNIL och RANVIER och ARNOLD däremot sätta ett alldeles direkt sammanhang mellan dessa bildningar och kärlen. De båda förra ha kallat dylika svulster sarcomes angiolithiques, och »kärlen i de samma äro, säga de, intet annat än blodkanaler, hvilkas väggar äro bildade af svulstens egna celler, som äro stora och platta, hinnliknande. Dessa celler äro särdeles löst sammanfogade, så att de lätt skiljas från hvarandra och så bildas recesser i den omgifvande väfvaden, i hvilka blodet inströmmar. Kring dessa recesser anordna sig

omgifningens celler i koncentrisk lagring och förkalka. Recesserna växa, eller kanske rättare den växande svulstväfnaden tränger kärlet från det bildade psammomkornet, det pedunkuleras och ligger slutligen, sedan pedunkeln sammanträngts och atrofierat, fritt. ARNOLD tillmäter äfvenledes han kärlen en stor betydelse vid psammombildningen men motsätter sig bestämdt recessbildning. Det är egentligen i artererna, som enligt honom kornen bildas, och de bildas inuti kärlets lumen, i dess media eller i dess adventitia. Beträffande kalkaflagringen inuti lumen, anser han sig ej kunna afgöra, om en trombbildning föregår, eller om kalken lagrar sig i intiman och sedan växer in mot lumen; han tyckes dock med tanke på VIRCHOWS åsikt vara böjd för att antaga det förra. I median försiggår kalkaflagringen omedelbart, i adventitian efter föregående proliferation af denna hinnas väfnadselement. Man kan här iakttaga alla olika storleksgrader från de knappast mikroskopiskt upptäckbara till de som makroskopiskt kunna förnimmas. HIPPEL har iakttagit de af CORNIL och RANVIER omtalade stjälkarna, har sett dem förena psammomkornen sinsemellan och med endotelknoppar. Sådana har han sett delvis förkalkade och med delvis bibehållna endotelceller. Angående stjälkarnas och endotelknopparnas natur kan han icke gifva något utlåtande, och han har aldrig sett dem sammanhänga med kärl.

PAUL ERNST, den siste författare i denna fråga, som jag känner till, ansluter sig i allmänhet till föregående författare undantagandes, tyckes det, CORNIL och RANVIER och tillägger, att den cellerna sammansmältande process, som föregår kalkvandlingen, och hvilken BIZOSSERO och BOZZOLO benämnt sclerose, namnet hyalinvandling, med stöd af studier, som han anstält med det af VAN GIESON angifna färgningsämnet pikrorubin, som han anser gifva en för hyalin karakteristisk färgreaktion.

Psammombildningarna förefunnos i detta fall i alla delar af svulsten, sparsamt i de basala och ependymknottrorna, mera talrikt i den stora tumören i fissura occipito temporalis. Allra talrikast voro de förekommande i nervsubstansen, som gränsade intill den stora tumören. Så länge jag höll mig till sjålfva svulsten, kom jag icke psammombildningarnas genes på spåren, men då jag började studera de i nervsubstansen förefintliga, fann jag bilder, som ledde mig till att utbilda en åsikt i frågan. Jag är ledsen, att denna åsikt ej öfverensstämmer med någon

af de föregående och således kommer att öka de många förefintliga förklaringssätten, men de bilder, jag sett, ha tvingat mig härtill. Närmast öfverensstämmer den med CORNILS och RANVIERS samt ARNOLDS.

Genast efter en flyktig genommönstring af preparaten, trängde sig den tanken på mig, att psammomkropparna måste stå i något slags förhållande till kärlen. De delar nämligen af svulsten, som innehöllo talrikast med psammomkorn, voro de kärlrikaste; man såg icke sällan psammombildningar med grenadt utseende, alldeles som voro de bildade af förkalkade kärl, oftast sågos de sitta alldeles som knoppar på själfva kärlen, och slutligen funnos de liggande inuti kärlens lumen, dels i en ampullarlik utvidgning af mindre kärl och dels inuti den i svulsten inbäddade arteria carotis i en tromb. Ej under således, att jag ansåg dem stå i något slags förhållande till kärlen, och att jag började att försöka för mig klargöra, hvaruti detta förhållande bestod.

Mycket snart blef det förhållandet klart, att de allra flesta voro försedda med längre eller kortare stjälkar, understundom voro två eller flere förenade medelst samma stjälk (tafla II, bild 11 a_1). De tycktes dels omfattas af stjälken, såsom lågo de i en ampullarlik utvidgning af den samma, dels sutto de som knoppar på den samma. Stjälken var i allmänhet smal, ej rymmande en tvärstäld blodkropp, deras kanter voro dubbelkonturerade och i de samma syntes tvärskurna, långsträckta kärnar, fullkomligt liknande endotelens och äfven i den ljusa zonen mellan kanterna funnos äfven här långsträckta, ovala kärnar, fullkomligt påminnande om endotelkärnar, hvilka blefvo tydliga först vid djupare inställning. För öfrigt var den substans, som bildade stjälkarna, mera ljusbrytande än omgifningen och färgade sig ej med rubin men tog däremot till sig ej obetydligt af neutrala anilinfärger. Jag fick därför den uppfattningen, att jag hade för mig fina, af endotelceller bildade kanaler och kunde icke biträda den åsikt, som uttalats af STEUDENER, hvilken konstaterat deras talrika förefintlighet, att de bestodo af bindväfsfibriller, i sådant fall borde ju också förhållandet till de omnämnda färgerna vara så godt som omvändt. Inom kort fann jag stjälkar, som hade ett vidare lumen, och i hvilka jag upptäckte ett fåtal blodkroppar (bild 11 a_2). Att dessa stjälkar voro en slags blodförande kanaler — kanske vanliga kapillarer — var således ådagalagdt, och det återstod att finna deras

sammanhang med notoriska kärl. Äfven beträffande denna fråga blef icke sökandet förgäfves. Från tvärsnittet af ett stort kärl (bild 11 *c*) såg jag utgå tvänne stjälkar af det breda slaget, den ena af dessa grenade upp sig, och i hvar och en af dessa grenar låg ett psammomkorn, det ena vid slyngans slut, det andra i dess lumen, som sedan fortsatte på andra sidan. Den andra stjälken bar i sin ändpunkt två psammomkorn. Snittet hade träffat så lyckligt, att man kunde följa den ena stjälkens lumen ända in till kärlets intima, den andra kunde man ej följa längre än till kärlets vägg, men den bar till gengäld i sin närmast det samma belägna del 4 till 5 röda blodkroppar. Bådas sammanhang med kärlet kan således anses konstaterad. Kärlets vägg var så tillvida egendomligt, att dess adventitial-bindväfsfibriller voro särsprängda, och i luckorna låg rikligt med kärnar; det var mycket stort; bilden representerar vid pass ¼ af väggen.

Huru bildades nu inom dessa kärl psammomkornen? Många af kornen såg man omgifna af celler med aflånga kärnar oftast i ett lager, stundom äfven i flere; det var således antagligt, att de bildades af celler. Huru man kan tänka sig tillvägagångssättet visar bild 11 *b*. Man ser där flere psammomkorn medelst stjälkar förenade med hvarandra och med blindt slutande, kolflikt utvidgade bildningar, i hvilka man ser anhopade en grupp kärnar, och jag finner icke osannolikt, att dessa äro förstadier till psammombildningen. Dylika, blindt slutande, kolflikt utvidgade rör ser man som oftast utgå ifrån kärlen (bild 11 *d* visar en sådan; genom misstag blef ett af de sämsta beträffande kärnanhopningen i kolfven afritadt). En partielt förkalkad sådan kolf har jag ledsamt nog icke kunnat finna, men ganska ofta ser man ett rör, som i sin kolflikt utvidgade ände bär ett psammomkorn. Hippel, som meddelar en bild, alldeles liknande bild 11 *b*, med en mycket vacker endotelkolf, säger sig flere gånger sett sådana partielt förkalkade, och hans uppgift kompletterar således i detta afseende min.

Psammombildningen i de större, fullt utvecklade kärlen tyckes försiggå på ett sätt någorlunda analogt med det förut beskrifna. Studerar man nämligen de talrika tvärsnitt af större kärl, som förekomma, finner man här och hvar små, vid väggen häftande endotelproliferationer med något så när koncentrisk anordning (bild 11 *e*), än endast bildande en liten upphöjning på intiman, än utfyllande större delen af lumen; i förra

fallet äro kärnarna väl bibehållna men cellgränserna otydliga och liksom sammansmälta, i senare fallet strukturen nästan homogen och med rikliga kalkkorn. Dylika ses ej sällan sittande på kärlet och icke håller sällan liggande fria i den omgifvande substansen (bild 11 *f* visar en fri liggande cellproliferation, som i midten kalkvandlats).

Hvilken natur ha nu dessa egendomliga endotelrör, som i sig innesluta psammomkornen? De utgå från kärlen och ha ett lumen, som står i sammanhang med dessas lumen; de äro således kärlbildningar, och att de verkligen äro en slags egendomliga kärl, och sammanhanget ej blott är skenbart visas däraf, att de mycket ofta innehålla blodkroppar. Men en slags underliga kärl äro de, hvilkas lumens vidd ej stå i den minsta proportion till storleken af de kärl, från hvilka de utgå, och hvilka ofta sluta blindt. Bättre skulle de nog göra skäl för namnet recesser, som CORNIL och RANVIER gifvit dem; att deras väggar skulle vara bildade af omgifningens celler, är emellertid i detta fall helt enkelt en omöjlighet, då de flesta af de här beskrifna bilderna härleda sig från nervsubstans, som ännu icke svulstvandlats. Jag skulle vara böjd för att uppfatta dem såsom resultaten af en slags misslyckad kärlbildning. Kärlen äro på dessa ställen stadda i en mycket liflig nybildning, deras endotel besitter en stor proliferativ kraft, en hel massa kärlskott skjutas, den större delen af dem komma till utbildning och träda i cirkulationens tjänst, några ha af någon anledning icke tillräcklig kraft till utveckling, de stanna af i växten, blifva en slags vattenskott, om jag så må uttrycka mig, hvilka aldrig kunna öfvertaga någon funktion, och kalken slår sig ner i dem på lämpliga ställen såsom i så många andra funktionsodugliga organ. Endotelproliferationerna skulle kunna förklaras på sådant sätt, att endotelet, som saknar kraft att framtränga genom väfnaden — jag antager då en kärlbildning analog med den som förut beskrifvits förekomma inom svulsten — dock eger kvar en viss nybildande kraft som resulterar i bildandet af cellkolfvarna.

Huruvida äfven på annat sätt psammomkorn ha bildats, kan jag icke afgöra. En förkalkning af en tromb är ju ingalunda omöjlig och skulle ju kunna försiggå i dessa förkrympta kärl lika så väl som i fullt utbildade, och möjlighet för en sådan uppkomst vill jag ingalunda förneka. Huru det emellertid skulle gå till, att på sådant sätt denna koncentricitet,

som utgör en karakteristisk egenskap hos psammomkornen, och som bibehållas efter urkalkningen, uppkommer, medger jag mig icke kunna förstå. Det enda skulle vara en sukcessiv lagring i tromben, en lagring som på något sätt åstadkommer en sådan förändring i dess fibrin, att en skiktning äfven, sedan kalken borttagits, kvarstode. Svårt är att tänka sig, huru detta skulle gå till i dessa fina rör, och man borde väl, i fall sådant vore förhållandet, någonstädes finna tromber, som utgjorde psammomkornets förstadium.

Hvarpå psammomkornens kolossala växling i storlek beror, har jag förgäfves försökt att få klart för mig. Om den beror på en lagring af förkalkade väfnadslager, det ena utför det andra, eller därpå att endotelkolfvarna proliferera till en viss olika storlek, hvilka därefter förkalkas, och psammomkornen sedan bibehålla denna storlek, ha preparaten icke lemnat mig någon upplysning om. Skäl tycker man sig finna både för det ena och det andra antagandet. Omkring en hel del psammomkorn finner man, att väfnaden lagrat sig koncentriskt, kring andra saknas denna lagring helt och hållet. Att endotelkolfvarna före förkalkningen ha en mycket växande storlek är faktiskt. Något skäl, som mera talar för den ena eller för den andra orsaken, förefinnes emellertid icke; skulle jag uttala en förmodan, vore det nog till förmon för den senare, som mest stämmer öfverens med det bildningssätt för psammomkornen, som jag antagit.

Skulle jag vilja sammanfatta de bildningssätt för psammomkornen, som i denna svulst kunnat konstateras, blefve det:

Psammomkornen bildas:

1) inuti fina, från kärlen utgående, någon gång blodkroppar innehållande rör, hvilkas storlek ofta ej står i rimlig proportion till de kärl, ifrån hvilka de utgå, troligen genom förkalkning af endotelproliferationer inuti de samma;

2) i de normala kärlens inre genom kalkaflagring i endotelproliferationer från intiman;

3) i cellvegetationer, som sitta utanpå kärlen eller afsnörda från de samma, möjligen proliferationer från intiman, som utstjälpts och afsnörts.

Fall af utbredd primär svulstbildning i

N:r	Författare. Publikationsår.	Kön. Dödsålder.	Sjukdoms-förloppets längd.	Kliniska symptom i tidsföljd.
1	Eberth. 1870.	Kvinna, 47 år.	3 månader.	Hufvudvärk, till fullkomlig demens sig stegrande slöhet, sömnlöshet, strabismus convergens, incontinentia alvi et urinæ. Svårighet att stå och gå. Död. — *Kronisk hydrocephalus.*
2	Eppinger. 1875.	Man, 37 år.	36 dygn.	Hastigt insjuknande (dock förut en längre tid kväljningar) med värk i pannan och nacken samt kräkningar. Trög afföring, myrkrypningar i extremiteterna, svaghet i vänster arm, styfhet i ryggraden, svaghet i benen, epileptiforma anfall, död. — — *Meningitis cerebrospinalis.*
3	Schultz. 1885.	Kvinna, 16 år.	$3^1/_2$ mån.	Smärtor i ryggen, smärtor och myrkrypningar i armarna, lamhet i armarna, så samma fenomen i benen, nedsättning af sensibilitet i armar, bål och ben, patellarreflex borta å höger ben, svag å vänster, svårighet att andas, somnolens, temperaturstegring, död. — *Akut meningo-myelitis.*
4	Richter. 1886.	Gosse, 9 år.	3 månader.	Nackstelhet, kräkningar, obstipation, allmänna konvulsioner, blindhet, allmän svaghet, död.

centrala nervsystemets mjuka hinnor.

Makroskopisk beskrifning.	Mikroskopisk beskrifning.	Histogenes.	Grupp.
Mjölkig grumling af mjuka hinnorna på basen, flere hvitgula knottror i pian öfver insulæ Reilii. Svulstbildning i båda lungorna.	På insidan af araknoidea större eller mindre plattor, väl begränsade, bestående af kubiska celler med blåsformiga kärnar. Dylika på subaraknoidalrummens balkar och kärl, omgifva mantelformigt hjärnkärlen och sänka sig med dessa in i hjärnsubstansen. I lungorna typisk kankroid.	Utgången från membranlösa celler, som förefinnas å araknoideans insida och å subaraknoidalrummets balkar. Dessa celler af bindväfsnatur.	Svulster, som utgått från endoteliala celler, och hvilkas celler bibehållit endotelial natur.
På hjärnans konvexa yta samt på basen förtjockade meninger, samt egendomligt glänsande knottror och plaques, de senare ända till 1/2 cm:s diameter. Lossade svårt från corticalis, som var mjuk och degig. Pia mater spinalis förtjockad och försedd med liknande knottror. I lungorna, lungsäckarna och perikardialhålan små svulstbildningar af med de förut beskrifna öfverensstämmande utseende.	Endoteliala väl begränsade celler, som utfylde subaraknoidalrummen och hade isärsprängt pians bindväfsbuntar, bildande än en- än flercelliga rader. Äfven subpialt en betydlig cellinfiltration, som med kärlen sänkt sig ned i nervsubstansen. Kärlfattig. Samma byggnad visade knottrorna i lungorna, lungsäcken och pericardium.	Från subaraknoidalrummens endotel.	
En gråröd svulstmassa, af än fastare, än mjukare konsistens, uppfylde hela subaraknoidalrummet från conus till med. oblongata, i cervikal- och lumbalmärgen omslutande hela ryggmärgen, i dorsaldelen endast baktill. Inträngde på ett ställe tappformigt i ryggmärgen.	Stora, väl begränsade, endoteliala celler, som lågo anordnade i ett nätverk af tunnväggiga kärl. Arachnoidea normal.	Från pia mater.	
Utbredda gråhvita svulstvegetationer på undre ytan af högra tinningloben och på lillhjärnhemisfererernas undre yta. En större svulstvegetation på främre delen af lillhjärnans öfre yta, hvarifrån den fortsätter sig in i 4:de ventrikeln. På ryggmärgen dels begränsade härdar, dels mera utbredda svulstbildningar, som öfvergripit på ryggmärgens substans.	Tydligt alveolar struktur, där septa utgöras af fibrillär bindväf, de mellanliggande cellerna större eller mindre, runda eller oregelbundna. I proliferationszonen liknande epitelceller. Inträngde i nervsubstansen antingen i form af strängar eller öfvergrep diffust på nervsubstansen, detta senare i lillhjärnan.	Piaendotelet, kärlens peritel.	Svulster, som utgått från endoteliala celler, men hvilkas celler ej bibehållit endotelial natur.

N:r	Författare. Publikationsår.	Kön. Dödsålder.	Sjukdomsförloppets längd.	Kliniska symptom i tidsföljd.
5	CRAMER. 1888.	Man, 42 år.	2 år.	Periodvisa smärtor i korset, högra låret och underbenet, myrkrypningar i båda benen, förlamning i höger ben, svårighet att låta urin. Dubbelseende utan påvisbar strabism, smärtor i ländkotpelaren vid tryck, pares i vänster ben, försvunna patellarreflexer först å höger, så å vänster ben. Bronkopneumoni, död.
6	JANSEN. 1895.	Kvinna, 30 år.	3 år.	Från barndomen epileptiforma anfall. Döfhet först å höger, så å vänster öra, smärtor i högra ögat och högra panntrakten, smärtor och därpå förlamning i båda benen, svaghet i höger arm, dubbelsidig staspapill, sensibilitet nedsatt å högra ansiktshalfvan, högersidig abducens och facialisförlamning. Apati, coma, död.
7	HARBITZ. 1896.	Man, 29 år.	2 månader.	Smärtor i ländregionen, hufvudvärk, kräkningar, frysningar, nacksmärtor, nedsatt hörsel, pupillolikhet, cystit. Dyspné, nedsatt syn, ögonmuskelförlamning. Nedsatt rörelseförmåga i armarna, förlamning i benen. Något nedsatt sensibilitet å extremiteterna, bortfallna patellarreflexer. Stegrad dyspné, cyanos, död.
8	Undertecknad. 1897.	Man, 15 år.	6 år.	Epileptiforma anfall att börja med endast i höger sida, sedan allmänna konvulsioner förenade med medvetslöshet. Hufvudvärk, blindhet (staspapill), kraftlöshet, psykisk svaghet, oförmåga att koordinera bålens och benens rörelser, lindrig vänstersidig facialispares, förhöjda patellarreflexer mest å vänster ben. Tilltagande kraftlöshet och slöhet. Död.

Makroskopisk beskrifning.	Mikroskopisk beskrifning.	Histogenes.	Grupp.
Platt svulst af ärt-storlek på pons' undre yta. Talrika knottror af rödgrå färg, från körsbärs- till hasselnötstora, å fram- och baksidan af ryggmärgen, likaom kring cauda æquinas nerver, hvilka nedtill voro inbäddade i en 18 cm. lång svustvegetation.	Angio-sarkom med celler af än rund, än kantig, än spollik form. Utbredd hyalin degeneration af kärlens adventitia och af cellsträngarna.	Kärlens peritel och subaraknoidalrummens endotel.	Svulster, som utgått från endoteliala celler, men hvilkas celler ej bibehållit endotelial natur.
Svulst af 4,8 cm:s längd och 2,6 cm:s bredd på högra sidan af pons och sträckande sig upp efter crus cerebelli ad pontem under flocculus in i högra lillhjärnshemisferen. Den hade vegeterat omkring högra facialis och acusticus samt tryckt på och skjutit åt sidan högra trigeminus och abducens.	Sammanhängde fast med pian, väl afgränsad från nervsubstansen utom på några få ställen. Tydligt alveolär struktur, septa bildade af glänsande, homogen bindväf, cellerna mycket olika men hufvudsakligen af två typer, dels små, kubiska eller kortcylindriska, dessa talrikast, dels här och där liggande, stora, polyedriska.	Från subaraknoidalrummens endotelbeläggning, från cellerna mellan pians bindväfsbuntar och från kärlens peritel.	
I högra delen af vermis superior och infiltrerande högra crura ad pontem och ad corpora quadrigemina en mjuk, gråröd, omkring valnötstor svulst, som prominerade in i 4:de ventrikeln, hvars högra bottenhalfva den betäckte. På ryggmärgen svulstinfiltrationer, baktill och i fissura anterior i cervikalmärgen, baktill och på sidorna i dorsal- och lumbalmärgen.	Svulsten består af två cellslag, dels af större eller mindre, spol- eller stjärnformiga celler, som likna unga bindväfsceller, dels små, runda eller polyedriska, med stora kärnar och obetydlig protoplasma. De ha en något så när alveolär anordning — de spolformiga bildande alveolväggarna. Svulsten i cerebellum består endast af små, spolformiga, storkärniga celler. Mycket kärlrik. Hyalin degeneration här och där.	De mjuka hinnorna, kärlens peritel.	
Svulstknottror och svulstinfiltrationer på hjärnbasen, såväl å stammen som å hemisferernas underyta. Medulla oblongata omgifven af en nästan kontinuerlig svulstmantel, som betydligt aftog i tjocklek ned mot cervikalmärgen. I fissura occipito-temporalis dextra en stor svulstvegetation, som betydligt prominerade i sidoventrikeln. Svulstknottror på ependymet i ventriklarna från knappnålshufvud- till hampfrö-stora.	Pregnant uttalad alveolär struktur. Septa af finfibrillär, kärnfattig, här och där homogen bindväf. Cellerna inuti alveolerna myxomceller, eller ock består innehållet af en kornig massa utan cellgränser men väl bibehållna kärnar. Tumören i fissura occipito-temporalis består af små, spolformiga celler, som äro anordnade i rader kring de talrika kärlen. Hyalin degeneration och psammombildningar här och hvar.	Subaraknoidalendotelet, kärlens peritel, ependymet.	

N:r	Författare. Publikationsår.	Kön. Dödsålder.	Sjukdoms-förloppets längd.	Kliniska symptom i tidsföljd.
9	OLLIVIER. 1837.	Gosse, 11 år.	6 månader.	Paroxysmal hufvudvärk, förenad med nackkramp. konvulsioner, kräkningar, amauros och dilaterade pupiller, smärtor i hela kroppen, särskildt i ryggen, sensibilitet och motilitet ostörda. Död under allmänna konvulsioner.
10	SCHULTZE. 1880.	Flicka, 7 år.	5 månader	Hufvudvärk, kräkningar, somnolens, dubbelsidig neuroretinitis, stelhet i nack- och ryggmuskulaturen, förlamning i nedre extremitetparet, konvulsioner, död.
11	COUPLAND och PASTEUR. Fall I. 1887.	Kvinna, 22 år.	4 månader.	Hufvudvärk, kräkningar, svaghet i armarna, från ryggraden i armarna utstrålande smärtor, dubbelsidig neuritis optica, förlamning af båda musc. recti oculi externi. Förlamning i såväl armar som ben, bortfallna patellarreflexer. Coma. Död.
12	COUPLAND och PASTEUR. Fall II. 1887.	Flicka, 4½ år.	2 månader.	Trauma. Förlamning i nedre extremiteterna, smärtor i bakhufvudet och nacken, blindhet (papiller grå med obestämda gränser). Någon fumlighet i armarna, öfvergående i förlamning. Ökade smärtor, dubbelsidig ptosis. Död.
13	SCHATALOFF och NIKOFOROFF. 1887.	Troligen gosseåldern.	Ej refererad.	Ej refererad.

Makroskopisk beskrifning.	Mikroskopisk beskrifning.	Histogenes.	Grupp.
Mellan araknoidea och pia å lillhjärnans baksida en dufäggsstor svulst och längs hela ryggmärgens baksida en halft cylinderformig svulstinfiltration, fast, likformigt rosaröd, kärlrik.	Sarkom.	Pia mater.	Svulster, hvilkas ursprung ej kan härledas från endotelier, och som hafva byggnaden af typiska sarkom.
På undre ytan af lillhjärnan en 2-kronestor, platt svulstmassa, och motsvarande denna inuti lillhjärnssubstansen en tumör af ungefär samma utbredning. I ryggmärgens dorsala del en öfre ärtstor och en nedre körsbärsstor svulst, i ländregionen en svulst af 5 cm:s längd och 2 cm:s bredd. Motsvarande de båda senare tumörer af samma utbredning i ryggmärgssubstansen.	Piatumörerna, alveolär byggnad, septa af tätt bredvid hvarandra lagrade spolceller, alveolernas innehåll typiska rundceller. Tumörerna i nervsubstansen rundcellsarkom. I ryggmärgen för öfrigt degenerativa processer, de i svulstmassan inbäddade nervrötterna friska.	Pia mater.	
Rundt kring hela medulla spinalis en kontinuerlig, hela märgen omslutande svulstinfiltration, som i form af spridda plattor fortsatte sig öfver medulla oblongata och pons till corpora mamillaria. På nerverna i cauda æquina här och där svulstknottror.	Tämligen kärlrikt, småcelligt rundcellsarkom. De från pian in i nervsubstansen indykande kärlen omgifna af en rundcellmantel och inuti ryggmärgen cirkumskripta härdar af rundceller. Ryggmärgssubstansen säte för betydliga degenerativa processer. Nervrötterna friska.	Pia mater.	
Lilla hjärnans undre yta under araknoidea betäckt med en grå svulstmassa, som från 4:e ventrikeln sträcker sig öfver undre vermis och delar af hemisfererna. Ryggmärgens bakre yta i hela dess längd belagd med en svulstmassa, mindre riklig upptill, i större mängd nedtill i lumbalmärgen, där den omsluter äfven sidopartierna.	Småcelligt rundcellsarkom, mera kärlrikt i lillhjärnan än å öfriga ställen. Cellerna ungefär af en hvit blodkropps storlek. Lillhjärnstumören intresserar ej obetydligt nervsubstansen.	Pia mater.	
Svulstplattor, som förefunnos å hjärnbasen, på hjärnhemisferernas temporal- och frontallober, på lillhjärnans undersida, på pons och medulla oblongata. Hela medulla spinalis omgifven af ett på några ställen 1 cm. tjockt fordral af svulstväfnad.	Angio-sarkom, som ingenstädes öfvergripit på nervsubstansen, men som genom tryck betydligt deformerat ryggmärgen och i den samma framkallat betydliga degenerationsprocesser.	Pia mater.	

N:r	Författare. Publikationsår.	Kön. Dödsålder.	Sjukdomsförloppets längd.	Kliniska symptom i tidsföljd.
14	WESTPHAL. 1894.	Kvinna, 15 år.	5 veckor.	Hufvudvärk, svindel, smärtor i ryggraden, krampanfall med medvetslöshet, psykiska rubbningar, abducenspares å vänster öga, inga patellarreflexer men inga rubbningar från motiliteten, pupillstelhet för ljus och ackomodation, fullkomlig demens. Död.
15	BUSCH. 1896.	Gosse, 9 år.	1 år.	Hufvudvärk, kräkningar, omtöckning, vänstersidig abducenspares, aftagande af synen, blindhet (atrophia nervi optici e neuritide), svindel, vacklande gång, inga motilitetsrubbningar, förhöjd patellarreflex å höger sida, sopor. Död under asfyxi.
16	LENZ. 1896.	Man, 23 år.	1 år.	Smärtor i skuldergördeln och ryggen, i armar och ben mest på höger sida, smärtor i högra ansiktshalfvan, svaghet i höger ben och båda armarna, nystagmus, neuritis optica på båda sidor. Apati, minnesslöhet, vänstersidig abducensförlamning, fullständig förlamning af armar och ben, bortfallna patellarreflexer. Hallucinationer, sopor, död.

Makroskopisk beskrifning.	Mikroskopisk beskrifning.	Histogenes.	Grupp.
Tre rödaktiga, på snittytan glatta, fasta tumörer i vänstra thalamus opticus, från chiasma till medulla spinalis en diffus förtjockning af de mjuka hinnorna. Omgifvande hela ryggmärgen såsom en mantel fanns en svulstvegetation, som var rikligast i dorsalmärgen och något aftog nedåt och uppåt. Konsistensen tämligen hård, snittytan af gråröd färg.	Rundcellsarkom med riklig kärlbildning. I nerver och nervrötter dels mer eller mindre utbredd diffus degeneration, dels små, runda inuti nerverna belägna degenerationshärdar. Svulstmassan öfvergriper ingenstädes på ryggmärgen och har ej orsakat några förändringar i densamma.	Pia mater.	Svulster, hvilkas ursprung ej kan härledas från endotelier, och som hafva byggnaden af typiska sarkom.
På lillhjärnans öfre sida en sammanhängande svulstbildning, som skonat nervsubstansen, däremot var vermis inferior uppgången i en svulstvegetation. Hela ryggmärgen mer eller mindre fullständigt omgifven af en svulstmassa, som fortsatte sig öfver medulla oblongata och följande tela chorioidea växte in i 4:de ventrikeln.	Rikt nätverk af större och mindre kärl, hvilkets maskor äro fylda af rundceller.	Pia mater.	
I främre delen af corpus callosum tvänne mindre, circumskripta svulstbildningar. Ryggmärgen omgifven af en mäktig svulstmassa, som i hög grad sammantryckt och deformerat den samma.	Svulsten bestod af ovala eller runda, korta celler, mellan hvilka i tumörens perifera delar fans ett fint bindväfsreticulum. Utom dessa här och där stora, platta, kantiga, gangliecelliknande celler. Gränsen mot nervsubstansen i allmänhet skarp, men den var mycket deformerad och degenererad i cervikalmärgen.	Pia mater. De stora cellerna anses stamma från subaraknoidal-endotelet.	

Literaturöfversikt.

I den literatur, som stått till buds, ha kunnat återfinnas 15 fall af utbredd primör svulstbildning i centrala nervsystemets mjuka hinnor; korta referat af dessa och af mitt eget lämnas i medföljande tabell (sid. 30). På grund af ämnets begränsning till fall, där svulstbildningen hufvudsakligen hade sitt säte i meningerna och endast sekundärt intresserade andra delar, har jag måst utesluta flere af andra anförda fall, exempelvis SOYKAS, HIPPELS, GANGUILLETS, GAUPPS, ORMEFORDS och FOXS m. fl. såsom varande antingen små tumörer eller sådana, som ej hade sitt hufvudsakliga säte i de mjuka hinnorna.

Många reflexioner skola icke knytas till de refererade fallen. De äro ju för få, för att några allmännare slutsatser skulle kunna dragas, men ett försök att något ordna desamma kan väl dock icke anses otillåtet. Såsom synes ha de indelats i tre grupper: 1) svulster med endotelialt ursprung och endotelial celltyp; 2) svulster med endotelialt ursprung, men hvilkas celler förlorat sin endoteliala typ; 3) svulster, hvilkas ursprung ej kan härledas från endotelier, och hvilka te sig såsom typiska rundcellsarkom med större eller mindre rikedom på kärl. Indelningsgrunden är således en tvåfaldig dels histogenesen, dels morfologin, detta af den anledning, att jag tror en enhetlig inledningsgrund icke vara möjlig. Den som låge närmast vore naturligtvis histogenesen, men denna är i många fall endast tillnärmelsevis bestämbar och kan endast anses absolut, då den nybildade väfnaden till fullo öfverensstämmer med den, hvarifrån den utgått. Afviker cellbyggnaden, kan naturligtvis aldrig uteslutas, att under utvecklingens gång en cell af annan art och annat ursprung blifvit inmängd bland de öfriga och sedermera gifvit upphof till svulsten. Öfverensstämma däremot väfnadselementen till fullo, så kan ju omöjligen antagas annat, än att antingen de utbildade cellerna genom någon slags retning råkat i proliferation, eller att en af väfnadens anläggningsceller från utvecklingens tider kvarglömts och gifvit upphof till nybildningen. Hvilken af dessa båda antaganden, som har den största sannolikheten för sig, kan här naturligtvis icke diskuteras, då det vore att gifva sig in på de två hufvudteorierna

för svulsternas etiologi, som kämpa om herraväldet, teorierna om embryonalt anlag och om infektiös retning. Att just en del af dessa svulster i någon mon tala för denna senare teori, skall något i det följande vidröras.

Af de till *första* gruppen hörande fallen äro EBERTHS och EPPINGERS fall otvifvelaktigt rena. Att den förre förklarade svulstbildningen såsom uppkommen från lymfoida celler, berodde därpå, att han då ännu icke kunnat öfvertyga sig om förefintligheten af det af AXEL KEY och RETZIUS först beskrifna beläggningsendotelet i subaraknoidalrummen. EPPINGER, som vid beskrifningen af sitt fall kommenterar EBERTHS, anser de båda fallen vara fullkomligt likvärdiga och benämner dem »Endotheliom der meninx pia». Det tredje fallet i gruppen, som beskrifvits af SCHULZ och af honom benämnts sarkom, är mera tvifvelaktigt, och det är efter stor tvekan jag fört det hit och gör det med viss reservation. Jag gör det därför, att SCHULZ angifver, att svulsten bestod af stora, endoteliala celler, därför att den utgick från pia mater, pia mater då liktydig med de mjuka hinnorna, således lika väl från dess endotel som från någon annan del af den samma, och slutligen därför, att jag fått ett visst stöd i LENZ, som anser fallet för ett endoteliom. Förutom dessa har jag i literaturen endast träffat på ett typiskt fall till af endoteliom i mjuka hinoorna, det af hvilket ZIEGLER i sin lärobok lemnar en afbildning, men som icke kunnat utförligare refereras, enär dess historia ej meddelas. LENZ, som varit i tillfälle att se preparat af detta fall, angifver, att det hufvudsakligen var cellerna mellan bindväfsbalkarna, som prolifererat, på somliga ställen äfven kärlens peritel.

Skall nu för dessa fall namnet endoteliom bibehållas, eller när det utbytes mot ett annat? HAUSEMANN är radikal i detta afseende, han tyckes vilja, att namnet endoteliom skall utplånas från jorden och ersättas med respektive sarkom eller karcinom. LUBARSCH anser detta vara att gå för långt, hälst endotelcellerna ha sina speciela morfologiska egenskaper; dels är nämligen kornighet i protoplasman finare och olika anordnad än hos epitelcellerna, och dels te sig de båda cellslagens mitoser olika. LUBARSCHS åsikt synes mig vara den mest tilltalande. Begränsar man namnet endoteliom till svulster, hvilkas celler ha endotelial typ, och som utgått från en endotelial väfnad, torde begreppet ej medföra stor förvirring inom onkologin; den förra

bestämmelsen afgränsar dem från sarkomen, den senare från karcinomen.

Bestämdt af annan art är den grupp svulster, för hvilka CAMILLO GOLGI först införde namnet endoteliom, och hvilka sedermera tilldelats en hel del andra namn: epiteliomata af ROBIN, tumeurs fibroplastiques af LEBERT, och på grund af i dem ofta uppträdande egendomliga kalkbildningar psamomata af VIRCHOW och sarcomes angiolithiques af CORNIL och RANVIER. Dessa svulster utgå oftast från dura mater, äro i motsats till de nyss beskrifna små, sällan öfver valnötstora, långsamt växande, kärlrika eller kärlfattiga, mjuka eller hårda. De respektera i allmänhet närliggande väfnader och förlöpa ej sällan symptomlöst. Hvilket af de anförda namnen, som skall anses såsom det bästa, tilltror jag mig icke att afgöra, och en diskussion härom skulle föra mig utom ämnet; det är endast den bestämda olikheten mellan de båda svulstarterna, jag velat framhålla. Kanske stå de i samma förhållande till de typiska endoteliomen, som fibromen till sarkomen, de förra således mera analoga med en färdigbildad, de senare mera med en embryonal väfnad. Härför tyckes tala den omständigheten, att i psammomen cellerna ha tendens till ytutbredning, i det de bilda stora cellplattor, något som icke är regel hos endoteliomen.

Hvad nu angå de endoteliom, som här äro i fråga, ha de träffat personer af respektive 47, 37 och 15 år. Förloppet var i alla tre fallen hastigt, 36 dygn till 3½ månad. Sjukdomen manifesterade sig akut; symptomkomplexerna voro i de tre fallen hvarandra tämligen olika, i EBERTHs symptom af ökadt intrakranielt tryck, i EPPINGERs uteslutande meningitiska symptom, i SCHULZ' slutligen symptom af en meningo-myelit, denna olikhet naturligtvis beroende på olika lokalisation och olika grad af öfvergripande på nervsubstansen. Anmärkningsvärd är förefintligheten af metastaser i EPPINGERs fall och kombinationen med lungkankroid i EBERTHs Om i detta senare de båda processerna stodo i något förhållande till hvarandra, är ej godt att afgöra; EBERTH själf anser dem fullkomligt fristående från hvarandra, och de tyckas ha erbjudit väsentliga olikheter i byggnad.

Till grupp II ha förts de svulster, som utgått från endoteliala celler, men hvilkas celler förlorat sin endoteliala karakter. De fall, som räknats hit, äro inklusive mitt eget till antalet fem.

Såsom HARBITZ framhållit, äro de sannolikt att uppfatta såsom en slags öfvergångsformer mellan endoteliom och sarkom, och som det icke vore praktiskt att uppställa en ny svulst-art, torde den frågan böra diskuteras, till hvilken af de båda de skola föras. Lämpligast är nog att föra dem till den senare svulstarten och gifva dem helt rätt och slätt namnet sarkom, om man så vill tillsamman med något adjektiv, som närmare bestämmer egendomligheten i byggnad. Dels torde nämligen på ofvan anförda grunder histogenesen ensam ej kunna utgöra indelningsgrunden för svulsternas artindelning, och dels finge nog, om man ville drifva begreppet endoteliom in extremis, en hel del sarkom vandra öfver till endoteliomens led. De celler, som bekläda bindväfvens saftrum, räknas ju till endotelcellerna, och det skulle helt säkert i många fall kunna påvisas, att typiska sarkom från dem ledde sitt ursprung. Just de svulster, som förts till denna grupp, visa till fullo att endoteliernas afkomlingar i betydlig grad kunna afvika från sina modercellers utseende. Det är på grund af föregående resonnemang som jag fastställt den patologiskt-anatomiska diagnosen i mitt fall till: myxosarcoma alveolare multiplex piæ matris.

Svulstvegetationen är i allmänhet mycket utbredd, uppträder dels i form af sammanhängande större infiltrationer, dels såsom större eller mindre platta knottror. Den skonar i allmänhet väl nervsubstansen, men tränger sig dock här och där strängformigt in i den samma, följande kärlens förlopp. På ett eller annat ställe proliferera svulstcellerna rikare än å andra delar och bilda större nybildningar, hvilka i allmänhet diffust öfvergripa på nervsubstansen; så uti RICHTERS, HARBITZ' och mitt fall. Hvad strukturen beträffar är den alveolär. CRAMERS fall utgör dock härifrån ett undantag, i det i detsamma alveolsepta ersättas af ett rikt kärlnätverk. Alveolernas septa bildas i RICHTERS, JANSENS och mitt fall af vanlig fibrillär bindväf, i HARBITZ' fall af spol- eller stjärnformiga, unga bindväfsceller liknande celler. Alveolarinnehållet utgöres i alla fallen utom mitt af runda eller polyedriska, små celler; i JANSENS fall förefinnas utom dessa större spolformiga eller kantiga celler, i mitt fyllas maskorna af en myxomatös väfnad. På de ställen, där en större svulst bildats, saknas alldeles bindväf och hela svulstmassan utgöres af vanligen spolformiga celler och kärl, cellerna, såsom det tyckes, stammande från kärlens peritel. På dessa ställen har således svulsten en med angiosarkomen

fullkomligt öfverensstämmande byggnad, hvilket faktum till fullo visar de i fråga varande nybildningarnas nära frändskap med sarkomen. Hyalin degeneration förefinnes i CRAMERS, HARBITZ' och undertecknads fall.

Beträffande dödsåldern för de personer, som burit dessa nybildningar, var den i alla fallen utom CRAMERS under 30 år. Sjukdomsförloppens längd afveko i högst betydlig grad från hvarandra, 2 månader till 6 år. Mitt fall var det som utgjorde det största undantaget. Sjukdomen tog i detta fall mer än dubbelt så lång tid, som det längsta af de öfriga. Emellertid var i detta under hela fyra år det enda symptomet epileptiforma anfall, och kunde man såsom i JANSENS antaga, att en genuin epilepsi varit för handen, skulle sjukdomsförloppet kunna reduceras till 2 år. Detta låter sig nog ej göra, enär den att börja med uppträdde såsom en JACKSONS epilepsi och först sedermera tog karakter af allmänna epileptiska konvulsioner.

Symptomen voro en blandning af tryckstegringens vanliga symptom och lokalisationssymptom från hjärnan och ryggmärgen. Stasispapill konstaterades i RICHTERS, JANSENS och undertecknads fall, således i fall, där mera voluminösa svulstvegetationer förefunnos; om detta symptom förefans i HARBITZ' fall, angifves icke. I CRAMERS fall förefunnos endast ryggmärgssymptom, i HARBITZ' både hjärn- och ryggmärgssymptom, i de tre öfriga endast hjärnsymptom.

De till den *tredje* och största gruppen förda fallen erbjuda den mest enhetliga bilden, så väl med afseende på tidpunkten för uppträdandet, förloppet som byggnaden. I alla fallen var ryggmärgen mer eller mindre fullständigt omgifven af en cylinderformig svulstvegetation. I några fall förefunnos större, från hinnorna utgående svulstmassor, som öfvergripit på nervsubstansen; i OLLIVIERS, i COUPLANDS och PASTEURS 2:dra fall, i BUSCHS och i SCHULZES. I andra åter förekommo inuti nervsubstansen skilda från hinnorna tumörbildningar; i WESTPHALS och LENZ'. I SCHULZES fall förefunnos, motsvarande tumörerna i hinnorna, svulstbildningar inom ryggmärgen, men af annan natur än dessa; COUPLANDS och PASTEURS första fall och SCHATALOFFS och NIKOFOROFFS hade ej att uppvisa några circumskripta svulstbildningar als. Till sin histologiska natur voro alla svulsterna sarkom, mer eller mindre kärlrika; i de fall, där upplysningar kunnat vinnas — alla utom de två, som anföras efter referat — var det fråga om rundcellsarkom. I

LENZ' fall funnos utom runda celler stora, polyedriska, gangliecelliknande, som han ansåg härstamma från endotelet, och i SCHULTZES fall hade tumörerna i mjuka hinnorna alveolär struktur. Dessa fall skulle kanske kunna betraktas såsom öfvergångsformer till föregående grupp och visa, huru flytande gränsen mellan dessa båda grupper är. Nervsubstansen hade dels komprimerats och därigenom hemfallit åt mer eller mindre utbredd degeneration, dels hade längs kärlen svulstringar vegeterat in i den samma. I LENZ' fall förekom hålbildning inom cervikalryggmärgen. Metastaser utom centrala nervsystemet förefunnos i intet till denna grupp hörande fall liksom i intet tillhörande den föregående.

Medeldödsåldern för alla fallen är 13 år, för föregående grupper tillsamman 31 år. Äldsta fallet (LENZ) 23 år, yngsta (COUPLAND och PASTEUR) 4½ år. Det manifesta sjukdomsförloppet varierar från 1 år (LENZ) till 2½ månad (COUPLAND och PASTEUR, 2:dra fallet). Utom LENZ' fall öfverskrider af de öfriga endast BUSCHS halfåret.

I alla fallen förefunnos symptom af ökadt tryck. Hufvudvärk, kräkningar, apati, förlångsammad puls samt öfver hela laget utom i WESTPHALS fall neuritis optica. Lokala symptom från hjärnan voro för handen i alla utom i OLLIVIERS och SCHULZES fall, dessutom i *alla* symptom från ryggmärgen och dess hinnor, hufvudsakligen bestående i radierande smärtor, förlamningar i såväl öfre som undre extremiteterna samt i förändring af reflexerna, vanligtvis fullständigt försvinnande af de samma.

Till sist kan jag icke underlåta att fästa uppmärksamheten på den stora likhet, som förefinnes mellan dessa utbredda svulstbildningar och granulationsväfnad, något som COUPLAND och PASTEUR betona. OPPENHEIM påpekar också att en viss ytlig likhet förefinnes mellan syfilitisk granulationsväfnad och utbredd pialsarkomatos, men tror, att frånvaron såväl af degenerationsprodukter som af kärlförändringar skyddar för misstag. Huru som hälst får man, då man studerar dessa fall, där en öfver en vidsträckt yta utbredd, tämligen likformig nybildning, uppstått på en mycket kort tid, det intrycket, som skulle ett sjukligt agens inverkat på hinnorna i stor utsträckning och orsakat en cellproliferation som resulterat i en svulstbildning, och man har svårt att tvinga in tanken i COHNHEIMS teori, äfven om man skulle antaga förefintligheten af ett mångtal svulstgrodder

eller ett mycket hastigt utplanterande af seminier från en modersvulst.

Till d:r FRANCIS HARBITZ, Kristiania, och särskildt till prof. A. KEY och F. LENNMALM frambäres ett varmt tack för välvilliga råd och upplysningar.

Literatur.

ALMKVIST: Ett fall af plexiformt sarkom. Nord. med. arkiv, 1894.

ARNOLD: Ein Myxosarcoma teleangiectodes cysticum der Pia mater o. s. v. Virchows Archiv, bd 51, 1870.

ARNOLD: Ein Beitrag zu der Lehre von dem Bau und der Entwickelung der Psammome. Virchows Archiv, bd 52, 1871.

ARNT: Ein Cancroid der Pia mater. Virchows Archiv, bd 51, 1870.

BUSCH: Ein Fall von ausgebreiteter Sarcomatose der Häute o. s. v. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde, bd 9, 1896.

COUPLAND och PASTEUR: Two cases of diffuse sarcoma of the spinal pia mater. Transactions of pathological society o. s. v., 1887.

CRAMER: Ueber multiple Angiosarkome der Pia mater spinalis o. s. v. Dissertation. Marburg 1888.

EBERTH: Zur Entwickelung des Epithelioms (Cholesteatoms) der Pia o. s. v. Virchows Archiv, bd 49, 1870.

EPPINGER: Endotheliom der Meninx pia o. s. v. Prager Vierteljahrschrift, bd 125, 1875.

ERNST: Ueber Psammome. Zieglers Beiträge, bd 11, 1892.

GANGUILLET: Beiträge zur Kentniss der Rückenmarktumoren I. Dissertation. Bern 1878. Ref. Virchow-Hirsch Jahresbericht 1878.

GAUPP: Casuistische Beiträge zur pathologischen Anatomie des Rückenmarks und seiner Häute. Referat och fullständigande af ZIEGLER. Zieglers Beiträge, bd 2, 1888.

GOLGI: Ueber Bau und Entwickelung des Psammomse. Referat af FRAENKEL i Virchows Archiv, bd 51, 1870.

HAUSEMANN: Ueber »Endotheliome». Deutsche med. Wochenschrift 1896. Referat af LUBARSCH, a. st.

HARBITZ: Om endoteliomer og dermed beslægtede svulstarter. Norsk Magazin for Lægevidenskaben, 1896.

HARRIS: On a case of multiple cerebral tumours. Brain 1886.

HIPPEL: Ein Fall von multiplen Sarkomen des gesamten Nervensystems und seiner Hüllen o. s. v. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde, bd 2, 1892.

JANSEN: Ein Sarcom der Pia mater. Virchows Archiv, bd 139, 1895.

KEY, AXEL: Om svulstmetastaser inom centrala nervsystemets serösa banor o. s. v. Nord. Med. arkiv 1879.

KLEBS: Beiträge zur Geschwülstenlehre. Prager Vierteljahrschrift, bd 133, 1877.

LENZ: Ein Fall von diffus ausgebreiteter Sarkombildung der Pia mater spinalis. Zieglers Beiträge, bd 19, 1896.

LUBARSCH: Endotheliome i LUBARSCH und OSTERTAG: Ergebnisse der allgemeinen Pathologie. 1897.

MALLASSEZ: Sur le Cylindrome. Archiv de l'anatomie et de la physiologie o. s. v., 1883.

MESCHEDE: Ein Sarcom am Rückenmark o. s. v. Deutsche Klinik 1873.

NEUMANN: Ueber Sarcome mit endothelialen Zellen o. s. v. Archiv der Heilkunde, 1872.

OLLIVIER: Traité des maladies de la moëlle epinière. Paris 1873. Referat af COUPLAND och PASTEUR, a. st.

OPPENHEIM: Die Geschwülste des Gehirns. Berlin 1896.

» Die syfilitischen Erkrankungen des Gehirns. Berlin 1896.

ORMEROD: Partial perforation of skull-cap. in cerebral tumour. Brittish medical journal, 1887, II.

QUENSEL och BOHEMAN: Ett fall af recidiverande sarcoma plexiforme hyalinum o. s. v. Nord. med. arkiv, 1890.

RICHTER: Ueber ein Fall von multiplem sarcom der inneren Meningen des Centralnervensystems. Prager med. Wochenschrift 1886.

ROBIN: Recherches anatomiques sur l'épitélioma des séreuses. Journal de l'anatomie et de la Physiologie o. s. v., 1869.

SCHATALOFF och NIKOFOROFF: Wjestnik psykiatrii o. s. v., 1887. Ref. af BUSCH, a. st.

SCHULZ: Das Endothelcarcinom. Archiv der Heilkunde, 1876.

» Neuropathologische Mittheilungen o. s. v. Archiv für Psykiatri, bd 16, 1885.

SCHULZE: Ein Fall von eigenthümlicher multipler Geschwulstbildung des centralen Nervensystems und seiner Hüllen. Berliner klin. Wochenschrift, 1880.

SOYKA: Ueber den Bau und die Stellung der multiplen Neurome. Prager Vierteljahrschrift, bd 135, 1877.

STEUDENER: Zur Kentniss der Sandgeschwülste. Virchows Archiv, bd 50, 1870.

WALDEYER: Die Entwicklung der Carcinome. Virchows Archiv, bd 55, 1872.

WESTPHAL: Ueber multiple Sarkomatose des Gehirns und der Rückenmarkshäute. Archiv für Psykiatri, bd 26, 1894.

VIRCHOW: Die krankhaften Geschwülste. Del II. Berlin 1864—65.

ZIEGLER: Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie. 7:de upplagan. 1892.

Förklaring till taflorna.

Taflan I.

Bild 1 (naturlig storlek). Utvisande svulstens utbredning å hjärnbasen.

Bild 2 (naturlig storlek). Den i högra sidoventrikelns bakre och undre horn prominerande tumören.

Bild 3 (naturlig storlek). Genomsnitt af den i fig. 2 afbildade tumören i dess bakre del, visande svulstmassans begränsning till fissura occipito-temporalis.

Bild 4 (naturlig storlek). Tvärsnitt, utvisande den svulstmantel, som omgaf öfre cervikalmärgen.

Taflan II.

Bild 5 (Leitz obj. 7, ok. 3). Tvärsnitt genom ett ställe af de tunna hinnförtjockningarna, visande myxomväfven. Vid *a* del af en endotel-kolf.

Bild 6 (Leitz obj. 7, ok. 3). Tvärsnitt från samma plats som fig. 5, visande den cellgränsfattiga väfnaden. Vid *a* endotelkolfvar.

Bild 7 (Leitz obj. 3, ok. 3). Tvärsnitt genom svulstknottra från lillhjärnan.

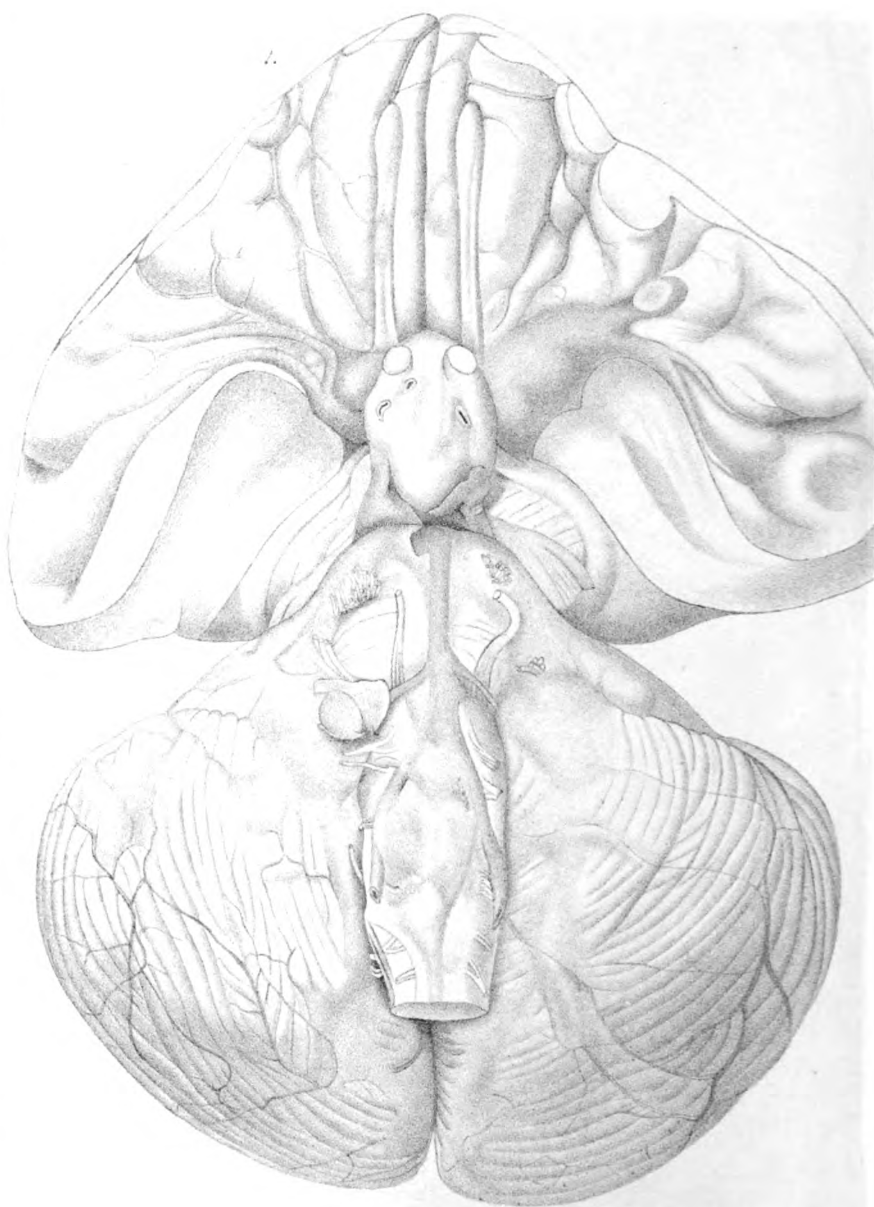
Bild 8 (Verick obj. 3, ok. 3). Hyalin bildning.

Bild 9 (Verick obj. 3, ok. 3). Längdsnitt af kärl med omgifvande cellmantel från stora tumören.

Bild 10 (Verick obj. 3, ok. 3). Tvärsnitt af kärl från stora tumören, visande cellernas läge som en krans kring kärlet med längdaxeln i radieriktning.

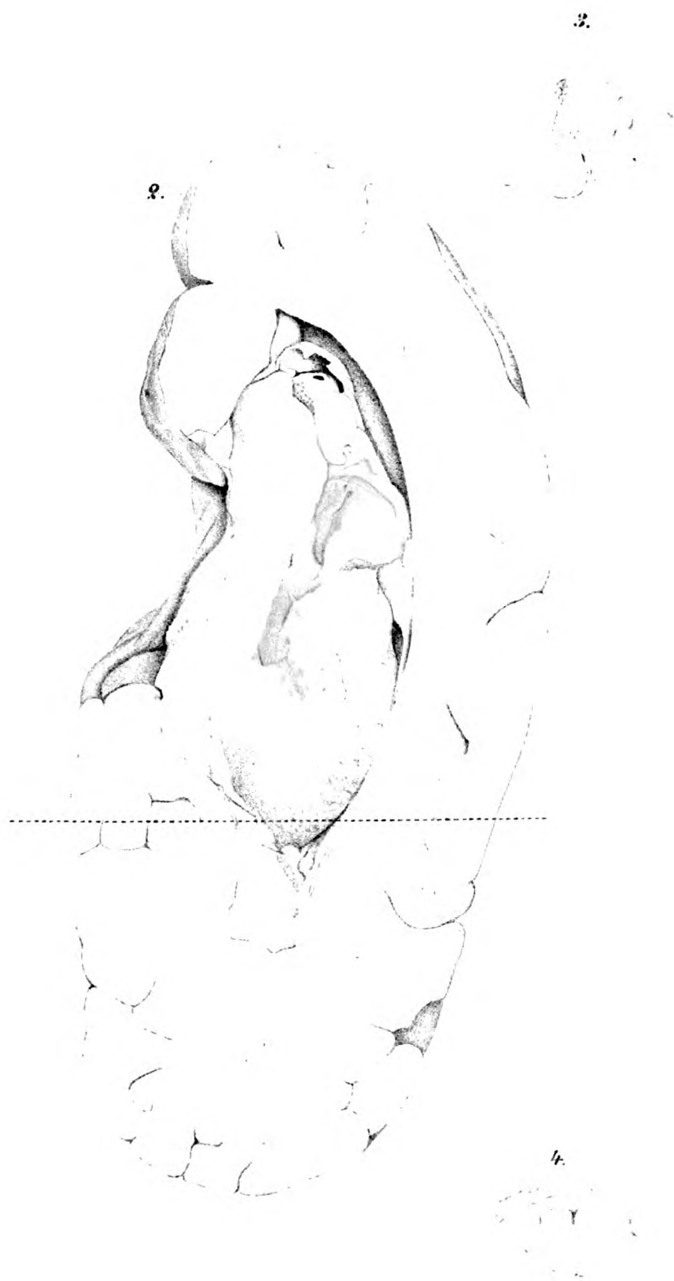
Bild 11 *a—f* (Leitz obj. 7, ok. 3). Bilder till förklaring af psammombildningen.

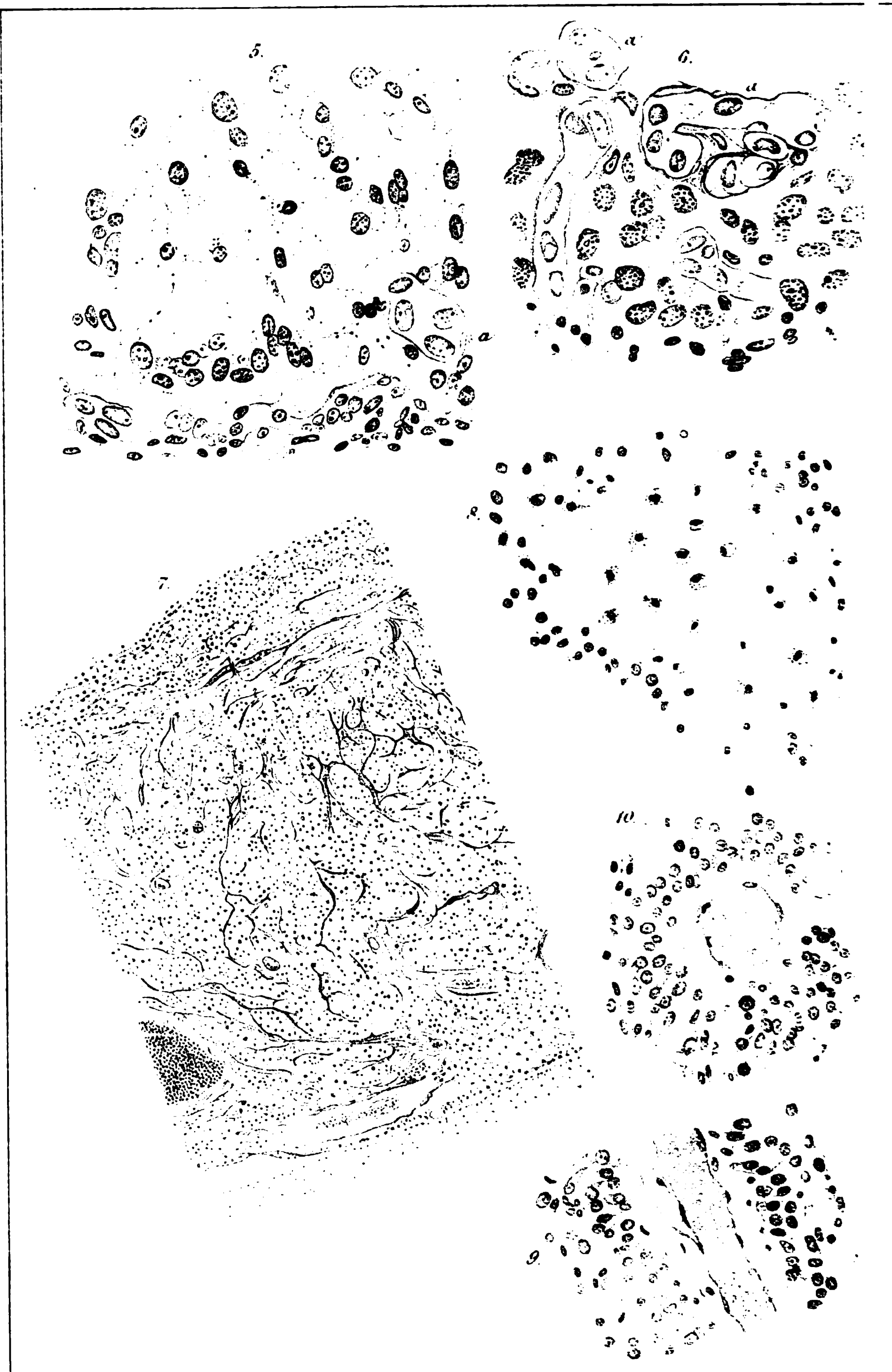
Stockholm 1898. Kungl. Boktryckeriet.



Ester Johansson del.

G. Tholander lith.


2.
3.
4.



Einar Johansson del.


a.
a 1
a 2
b.
c.
d.
e.
f.

Nordisk medicinsk literatur från 1897.

Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi: C. G. SANTESSON: Eine Methode für künstliche Circulation durch das isolirte Froschherz. — AXEL JOHANNESEN: Om Fedtbestemmelser i Melken. — ERIK HOLMGREN: Om förekomsten af s. k. mucinogen i spottkörtlar. — CARL TH. MÖRNER: Studier öfver svafvelsyrehalten i benens aska. — S. HYBINETTE: Kan tyrosin påvisas genom sublimation?

C. G. SANTESSON: **Eine Methode für künstliche Circulation durch das isolirte Froschherz.** (Vorläufige Mittheilung. Aus dem physiolog. Laboratorium des Carolinischen Institutes in Stockholm.) Centralbl. f. Physiologie, bd XI, n:r 8, 10 juli 1897, s. 265—271, med 4 bilder i texten.

Kanyler inbindas i v. cava inf. och i aorta. Vid frampumpande af blodet verka hjärtats egna klaffar. Hjärtat utskäres ej ur kroppen utan bibehåller stödet af förbindelsen med bakom liggande delar, hvarigenom insufficiens undvikes. Preparatet inneslutes lufttätt i en glaslåda, genom hvars lock de till- och afförande blodledningarna löpa. Med lådan kommunicerar (medelst en luftfyld slang) en ELLIS' pistongrekorder, som anger hjärtats volumförändringar. De till- och afförande blodledningarna kommunicera genom sidoledningar med 2 små lätta tambourer, hvilka uppteckna växlingar i sidotrycket (arter- och venpulsen). Cirkulationshastigheten uppmätes eller registreras. Stora blodmängder tillföras ur cisterner, anordnade såsom Mariotte'ska flaskor. — Apparaten är äfven afsedd för förgiftningsförsök.

C. G. Santesson.

AXEL JOHANNESEN: **Om Fedtbestemmelser i Melken.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1896, S. 908—916.

De i Kvinde- og Komelk indeholdte Melkekugler frembyder Forskelligheder. I den förste varierer Diametren mellem 2,5 og 12 μ, når under Tiden op til 15 à 20, ja selv, skönt yderst sjelden, til 30 μ. På den anden Side har der også vist sig Melkekugler af et stövformigt Udseende.

I Begyndelsen af Patningen har disse vist sig at väre af en temmelig ujävn Störrelse med Variation fra 2,5 til 12 à 15 μ. Ved Slutningen af samme er de ofte mere jävnt store 7 à 8 μ.

I Komelk er Kuglerne gennemgående mindre, men mere jävne af Störrelse.

Som Middeltal har Forf. fundet i Kvindemelkens Fedtgehalt 3,21 % (fra 0,5 til 6,65). I umiddelbar Närhed af Kristiania har han i Komelk fundet 3,5 %. Hos Telemarks- og Gubrandsdalskjör er fundet 3,6 resp. 3,7 % og i Sätermelk indtil nästen 4 %.

Til klinisk Brug er det bedste GERBERs Acidlaktobutyrometer, der giver Resultater, som ikke afviger mere end 0,7 % fra de ved Vägtsanalyse fundne Tal. Også GERBERs Butyrometer anbefales. Resultaterne med begge disse stemte indbyrdes overens.

Laache.

ERIK HOLMGREN: **Om förekomsten af s. k. mucinogen i spottkörtlar.** Upsala läkarefören. förh., n. f., bd 2, s. 521.

Mucinogena substanser — d. v. s. sådana, som vid behandling med lämpliga kem. agentier (t. ex. svag alkalilösning) öfvergå till mucin — hafva tidigare anträffats: af GIACOSA i groddäggets hylle, af HAMMARSTEN i mantelsekretet från Helix pomatia. Förf. har tagit under pröfning den frågan, huruvida någon motsvarighet därtill förefinnes äfven i de starkt mucinproducerande submaxillariskörtlarna från nötkreatur. Svaret utfaller *negatift*. Under sina härpå riktade försök, påträffade förf. i den efter körtlarnas noggranna urlakning med vatten mucinfria, olösta resten en *nukleoproteid*, som går i lösning vid massans behandling med 0,05 % ammoniak eller 1 % sodalösning. Den innehåller omkr. 15 % kväfve, och ger vid kokning med mineralsyra bl. a. xantin och guanin samt reducerande substans, i hvilket sist nämnda hänseende den öfverensstämmer med den af HAMMARSTEN beskrifna pankreasproteiden.

Carl Th. Mörner.

CARL TH. MÖRNER: **Studier öfver svafvelsyrehalten i benens aska.** Upsala läkarefören. förh., n. f., bd 2, s. 450.

Efter att hafva uppvisat, till hvilka missledande resultat användandet af vanlig *lysgas* (till följd af dess konstanta förorening med svafvel) vid benens inaskning leder, redogör förf. för några med tillhjälp af *sprit*brännare utförda inaskningsförsök. I den därvid erhållna benaskan kunde *svafvelsyra* i hvarje fall påvisas; i askan från däggdjursben är mängden helt ringa, 0,01—0,03 % (å torrsubstans beräknadt), påtagligt större i askan från några fiskars ben, 0,09—0,14 % — och detta, ehuru, såsom WEISKE förut ådagalagt, den ursprungliga bensubstansen i sig själf icke innehåller någon preformerad svafvelsyra. Denna vid benens inaskning bildade svafvelsyra härstammar icke, såsom WEISKE antagit, från partiel oxidering af benkollagenets svafvel — den uppträder nämligen i samma mängd, äfven om benmassan endast lindrigt rostas i slutet kärl, ja till och med om denna process får fortgå i kolsyre- eller vätgas-atmosfer — utan från en i olika benslag växlande, särskildt i däggdjurens ben ytterst ringa mängd *kondroitinsvafvelsyra*.

Carl Th. Mörner.

S. HYBINETTE: **Kan tyrosin påvisas genom sublimation?** Nord. med. arkiv, 1897, n:r 8, s. 1—4.

Se comptes-rendus, Nord. med. arkiv, 1897, n:r 12, s. 4.

Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi: ARTUR VESTBERG: Om dissekerande hjärtanevrismer. — FR. HARBITZ: Om Endoteliomer og dermed beslägtede Svulstarter. — P. AASER: Den bakteriologiske Diagnose af Difteri — nogle praktiske Vink. — LYDER NICOLAYSEN: Bakteriuri som Årsag til eneuresis diurna. — HEIBERG HANSTEEN: Gonokokkor i suppurerende Buboner. — JENS BUGGE: Historisk Oversigt over Tuberkulosläreu.

ARTUR VESTBERG: **Om dissekerande hjärtanevrismer.** Med 2 taflor. Nord. med. arkiv, 1897, n:r 26, s. 1—64 & n:r 31, s. 1—64.

Se comptes-rendus, Nord. med. arkiv, 1897, n:r 29, s. 8.

FR. HARBITZ: **Om Endoteliomer og dermed beslägtede Svulstarter.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1896, S. 1189—1217.

Forf. giver först en Fremstilling af, hvad der nu i Almindelighed forståes ved Endoteliomer og de forskellige patologiske Anatomers Stilling til Spörgsmålet. Det omtales også, hvordan man näppe fra Embryologien kan hente den fulde teoretiske Berettigelse for at opstille Endoteliomerne som egen Svulstgruppe. — Dernäst beskrives Endoteliomernes Bygning og hyppigste Lokalisationer, og Forf. konkluderer med at opstille Endoteliomerne som en egen Svulstgruppe under Bindevävssvulsterne, ved Siden af Sarkomerne, med hvilke Svulster de synes at väre närbeslägtede.

I et fölgende Kapitel skildres nöjagtig to Tilfälde af endoteliomatös Svulstdannelse. — 1) Det ene lokaliserede sig i abdomen og ytrede sig som en diffus svulstagtig Infiltration over en större Del af peritoneum; ejendommelige var talrige Strikturer af Tyndtarmene som Fölge af Svulstens retraherende Tendens. Nogen Udgangspunkt fra et Organ med Epitelbeklädning kunde ikke påvises. Svulsten bestod af i langagtige Drag og Striber anordnede små, storkernede Celler, som efter sin Form og Bygning närmest måtte antages for at väre af bindevävsagtig Natur og at skrive sig fra en Proliferation af Endotelcellerne i Spalterummene.

I det andet Tilfälde drejede det sig om en diffus Svulstinfiltration i Rygmarvens tynde Hinder, sträkkende sig ind i 4de Ventrikel og cerebellum; Tilfäldet rammede en 29 År gl. Arbejder og endte dödeligt efter knapt 2 Måneders Forlöb. Histologisk viste Svulsten en Bygning närmest som et Angiosarkom med särdeles rigelige endoteliomatöse Nydannelser — altså på Gränsen mellem Sarkomerne og Endoteliomerne og dannende en af Overgangsformerne imellem disse.

Harbitz.

P. AASER: **Den bakteriologiske Diagnose af Difteri — nogle praktiske Vink.** Den norske Lägeforenings Tidsskr. 1897, S. 21.

Forf. gennemgår den Teknik, han har skabt sig på Grundlag af de flere tusind Difteriundersögelser, han har haft Anledning til at göre ved Ullevold Sygehuse. I omtr. 40 % af Tilfäldene er det lykkedes ham at stille den positive Diagnose af Däksglaspräparatet af Belägget alene. Til Udsäden anvender han altid en steriliseret Vatpensel. I Mangel af Varmekasse kan man efter hans Forsög med Held anbringe Kulturröret i et Blikfuteral i den syges Säng eller i en indvendig Brystlomme.

Til Slutning göres opmärksom på en Del Omständigheder, der kan medföre et fejlagtigt Resultat: den såkaldte »Psevdo»-difteribacil, Mangel på Övelse hos den, der gör Udsäden, eller Tilstedevärelsen af Saprofyter som b. subtilis, der däkker hele Serumfladen og hindrer Difteribacillernes Udvikling.

Yngvar Ustvedt.

LYDER NICOLAYSEN: **Bakteriuri som Årsag til enuresis diurna.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1896, S. 1012—1019.

Forf. meddeler 8 Tilfälde, af hvilke 4 fremböd Bakteriuri (bacillus coli). Her er utvivlsomt at söge Sygdommens Årsag. En anden Sag er det, om Tilstanden skyldes en Affektion af Urinblären (KROGIUS) eller er at betragte som Udtryk for en let Irritation af Nyrebäkkenet (ROVSING).

Behandlingen vil bestå i Udskylling af Blären med Lapisoplösning. Hvis Pat. samtidig får Påbud om at lade Vandet hver eller hveranden Time, kan der påregnes i alt Fald en betydelig Bedring. Desuden Salol o. s. v. indvendig.

Laache.

HEIBERG HANSTEEN: **Gonokokker i suppurerende Buboner.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1897, S. 219—223.

Det har lykkedes Forf. at påvise Gonokokker i Bubonerne i 3 Tilfälde af gonorroisk Ureter, hvis Sygehistorie han närmere refererer.

JENS BUGGE: **Historisk Oversigt over Tuberkulosläreu.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1897, S. 938—956.

Et kort Resumé om de vigtigste Anskuelser, som har väret gjort gäldende på Tuberkuloselärens Område. Forf. dväler navnlig ved LAENNECs, VIRCHOWs og VILLEMINs Teorier.

Laache.

Speciel patologi och terapi: ANTON VOGT: Hysteria virilis. — M. LE MAIRE: Et Tilfälde af hemiatrophia facialis progressiva. — H. KÖSTER: Ett fall af nevrotisk gangren. — RAGNAR VOGT (Assistentläge ved Gaustad Sindssygeasyl): De forskellige Metoder til Bestemmelse af Temperatursansens Forhold under patologiske Tilstande og deres Värd. — I. C. MÖLLER: To Tilfälde af Myxödem. — E. NORDENFELT: Ett fall af aneurysma cordis (ventriculi sin.). — ROLF BERG: Et Tilfälde af atypisk Pnevmoni. — S. FEILBERG: En själden Årsag til Hikke. — STORM BULL: Det Littenske Diaphragmafänomen. — O. BORCHGREVINK: Ulcus ventriculi perforatum. — H. KÖSTER: Fall af ulcus ventriculi. — LUDVIG KRAFT: Tarmgangrän, fremkaldt ved Emboli og Trombose af Mesenterialkarrene. — H. KÖSTER: Om primär dermatomyositis acuta & chronica. — P. AASER: Om WIDALS Serumdiagnose af Tyfoidfeber. — JOHAN MYGGE: Om den diagnostiske Betydning af springende Temperatur, med särligt Hensyn til den såkaldte intermitterende Leverfeber.

ANTON VOGT: **Hysteria virilis.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1897, S. 78—80.

En 42 År gl. Sadelmager blev 27 Maj 1896 under Arbejdet pludselig »lam i venstre Side». Han angav at väre lam eller slap i venstre Arm og Ben, Gangen var god; kun havde han let for at snuble. Ved Undersögelsen konstateredes foruden Hemiparese tillige Hemianästesi og Hemianalgesi samt Indskränkning af Synsfeltet på venstre Side, ophävet Hörsel for Ur på v. Öre, Lugt og Smag ophävet på venstre Side. Venstre testis hyperästetisk. Pat. var selv uvidende om den totale venstresidige Anästesi for alle Sanser. Intet udpräget hysterisk Temperament. Transfest lykkes på Huden med en 5-Öre og for Öjet med en 2-Krone.

Han havde tillige udtalt Polyuri med 3000 Gm Urin i Dögnet, hvoraf omtr. 1700 Gm om Natten.

Der anvendtes Suggestionsterapi. Pat. forklaredes, at Polyurien vilde svinde om 2 Dage. Dette skede også, idet Urinmängden faldt til 1500 Gm pr Dögn, og han lod ikke Vandet om Natten fra nu af.

Dernäst helbrededes også alle de övrige Symptomer ved fornyet Suggestion i Löbet af 2 Dage.

Pat. udskreves fuldt helbredet.

Laache.

M. LE MAIRE: **Et Tilfälde af hemiatrophia facialis progressiva.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 689.

En 9-årig Pige uden Disposition begyndte, da hun var omtrent 3½ År gl., at få en lille gulbrunlig Plet foran venstre Öre. Fra denne Begyndelse har hendes nuvärende Lidelse udviklet sig jävnt. Den viser sig som Asymetri af Ansigtet, hvis venstre Halvdel er formindsket i alle Dimensioner. Atrofien sträkker sig til Fedtväv, Knogler og Muskler. Venstre Öre er omtr. 1 Cm. mindre end höjre. Også venstre Tungehalvdel er atrofisk. Sensibiliteten normal. — Angående Ätiologien udtaler Forf., at »Infektion måske spiller en Rolle, men at den dog

sikkert i mange Tilfälde på den ene eller anden Måde kräver Nervesystemet som et Mellemled for at få Atrofien i Stand (ascenderende neuritis?).» Som Terapi anbefaler han Forsög med »FINSENs Lysbehandling» eller »RÖNTGENs Stråler».

P. D. Koch.

H. KÖSTER: **Ett fall af nevrotisk gangren.** Göteborgs läkaresällsk. förh. 1896, s. 52.

Hos en frisk pojke, hvars broder efter hjärninflammation lidit af talrika epileptiforma anfall, fick efter ett epileptiskt anfall akut gangren af trakten öfver vänstra klinkans midt. Denna var skarpt begränsad mot omgifvande väfnad, den utbredde sig ej vidare och inskränkte sig till huden. Midt inne i det gangrenerade partiet fans normal väfnad. Läkning under ärrbildning. Inga vidare anfall.

Förf. anser sannolikt, att gangrenen är ett motstycke till den af CHARCOT under namn af »decubitus acutus» vid spinalaffektioner och apoplexier iakttagna branden, från hvilken den dock skiljes genom frånvaron af tendensen att utbreda sig och det gynsamma förloppet. Nämnda gangren har utom i ofvan nämnda lidande iakttagits äfven vid tyfus och tyfoid, men hittils ej vid epilepsi.

Köster.

RAGNAR VOGT (Assistentläge ved Gaustad Sindssygeasyl): **De forskellige Metoder til Bestemmelse af Temperatursansens Forhold under patologiske Tilstande og deres Värd.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1897, S. 369—416.

Efter at have undersögt Störrelsen af det termiske Nulpunkts Svingninger under forskellige Forsögsomständigheder og efter at have påvist, hvorledes den mindste märkbare Forskel mellem 2 på hinanden fölgende termiske Irritamenter forholdsvis hurtig tiltager, eftersom disse fjärner sig fra Värdien af det termiske Nulpunkt, söger Forf. at afgöre, efter hvilket Princip Temperatursansens Forhold lader sig bestemme med störst mulig Nöjagtighed. Det viser sig da, at Bestemmelsen af de mindste märkbare Forskelle mellem 2 på hinanden fölgende Varmeresp. Kuldeirritamenter, hvoraf det ene mest mulig svarer til det termiske Nulpunkts Värdi, bedst fyldestgör dette Krav.

Med Udgangspunkt heri fastsättes ved smlgn. Undersögelser de sandsynlige Fejlgränser ved Bestemmelsen af de termiske Indifferensbredder (jfr Prof. LEEGAARD, Norsk Magaz. for Lägevid. 1889), der efter Forf:s Mening er den eneste »talmässige» Metode, der fyldestgör det kliniske Krav på Enkelhed.

Med Hensyn på Hudoverfladens Topografi er Forf. delvis kommet til andre Resultater end tidligere Undersögere.

I. C. MÖLLER: **To Tilfälde af Myxödem.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 715.

Beretning om 2 Tilfälde af Myxödem hos äldre gifte Kvinder (47 og 54 År); hos bägge Patienter var Sygdommen kommen til Ud-

vikling i en sen Alder, og der indtrådte en relativ Helbredelse under fortsat Brug af Thyreoideapräparater.

F. Levison.

E. NORDENFELT: **Ett fall aneurysma cordis (ventriculi sin.).** Göteborgs läkaresällsk. förhandl. 1896, s. 91.

En 52-årig man, som i mars blifvit öfverkörd och klämd å bröstet och sedan klagat öfver smärtor af obestämd natur i ryggen, befans vid undersökning lida af en förtätning af h. lungspetsen. Hjärtat normalt. Sista veckan anfall af hjärtklappning och smärtor i hjärttrakten samt andtäppa. Objektift å hjärtat intet att konstatera. Plötslig död. Sektionen visade pericardium utspändt af koagulerad blod, synekier å framsidan af hjärtat. Vid hjärtspetsen ett valnötstort aneurysma, med sin spets fästadt vid diaphragma, dess bredd 4 cm., dess längd 3 cm.; med en 2½ cm. bred oval öppning mynnade det in i v. kammarens nedersta del. Muskelväfnad saknades i dess vägg nästan öfveralt, och å dess baksida fans en tvärgående, 1½ cm. lång, oregelbunden ruptur. Hjärtköttet gulgrått, skört, valvler och mynningar normala. I h. lungspetsen ärriga indragningar.

Förf. ger därefter en kort öfversikt af liknande fall. Orsaken anser förf., på grund af att främre koronararteren var förtjockad och ej kunde följas längre än till aneurysmahalsen samt att muskelväfnad saknades, vara en arterioskleros med sekundär ischemi och bindväfsbildning, understödd af en aflupen perikardit. Huruvida det i anamnesen omnämnda travmat haft någon betydelse, vågar förf. ej afgöra.

Köster.

ROLF BERG: **Et Tilfälde af atypisk Pnevmoni.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1897, S. 464.

Forf. refererer et Tilfälde af Pnevmoni, opträdende under Billedet af en Pyämi med Udgang i Helbredelse efter en Måneds Forlöb.

Patienten, en 21-årig Pige, blev syg $^4/_4$ 96. Temperaturen viste först en febris continua omkr. 40° indtil $^{15}/_4$, da der indtrådte en Krisis med Fald til 37°, hvorpå atter Opblussen af Feberen, der nu viste et uregelmässigt Forlöb med stärke Stigninger (lige til 41°) og fald til under det normale omtrent som ved Anfald af Intermittens. — Fysikalske Tegn på pnevmonisk Infiltration först i höjre övre Lap, så i midtre Lap og tilslut i venstre apex. De fysikalske Symptomer var forövrigt meget vexlende. Aldrig var en hel lobus afficeret. De kliniske Symptomer fra Lungerne var forövrigt lidt udtalte og Almentilstanden trods Feberen ret god. Sputum som Regel ufarvet mukopurulent, kun 3 Gange såes nogle sejge blodtingerede Klatter. — Sygdomsbilledet lignede närmest det for Streptokokpnevmonier beskrevne. — Forf. fandt dog trods gentagne Undersögelser aldrig Streptokokker i sputum, kun Diplokokker af Udseende som FRÄNKELs Pnevmokok.

Kr. Thue.

S. FEILBERG: **En själden Årsag til Hikke.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1896, S. 1130—1132.

Forf. refererer et Tilfälde, hvor en 42-årig Mand gennem Måneder havde lidt af en halvt generende Hikke. Ved Inspektion af farynx fandtes basis af Tungen at väre Sädet for en usädvanlig stärk Svulst af det almindeligvis der sparsomt forekommende adenoide Väv; den hypertrofiske Tungetonsille präsenterede sig som en trelappet Svulst. Efter Fjärnelse af Svulsten standsede Hikken.

H. Hopstock.

STORM BULL: **Det Littenske Diaphragmafänomen.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1896, S. 1005—1011.

Forf. finder som Resultat af omkring 1300 Undersögelser, at Fänomenet ofte mangler hos normale og ofte kun findes på den ene Side. Han har kun ganske undtagelsesvis kunnet se det på den syge Side ved plevritiske Exsudater, hvorfor det kun själden vil få Betydning som differentialdiagnostisk Märke ved Spörgsmål om sub- eller suprafreniske Exsudater. Störst praktisk Betydning har Fänomenet ved Bedömmelsen af Fölgetilstande efter Plevriter o. s. v. På Grund af visse Fordringer, som må stilles til de lokale Forhold, kan Metoden neppe få nogen udstrakt Anvendelse for den almindelige Praktikus.

Laache.

O. BORCHGREVINK: **Ulcus ventriculi perforatum.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1897, S. 66—77.

En 42 År gl. Mand havde i 2 År frembudt Symptomer på Mavesår i Form af Dyspepsi og Smerter. Ingen Hämatemese, ingen sorte Afföringer.

15de Okt. 96 strax för Aftensmaden, 4 Timer efter sidste Måltid, medens han sidder stille, ifärd med at tage sin Medicin, fik han pludselig voldsomme Smerter i höjre Side af Epigastriet. Han skreg i vilden Sky, blev ligbleg og kunde ikke röre sig. Bragt i Seng, fik han en rigelig, ikke blodig Bräkning. Ved Midnatstid indbragtes han på Rigshospitalet.

Har klaget over heftige Smerter i Underlivet, som var excessivt ömfindtligt fra Epigastriet til mellem Navlen og Symfysen, mindre i Sidepartierne.

Laparotomi. Efter Lösning af omentum majus fandtes på Pyloruspartiets Bagside et cirkelrundt Hul af Blyants Omfang. Såret excideres til Mandelomfang og Form, lukkedes dernäst med en Rad CZERNYs Silke-Knudesuturer.

Efter Operationen sangvinolente Bräkninger. Da der optrådte Fänomener på en Tillukning af pylorus, foretogs 23de Dag Gastroenterostomi. Död 24de Dag.

Ved Sektion fandtes, svarende til curvatura major, et stort ulcus (5 × 5 Cm.). Den exciderede Perforationsåbning er fast, lineärt tilhelet. Mikroskopisk viser der sig i Ulcerationens Rand begyndende Karcinom. *Laache.*

H. KÖSTER: **Fall af ulcus ventriculi.** Göteborgs läkaresällsk. förhandl. 1896, protok., s. 26.

Ett dödligt förlöpande fall på grund af ostillbar blödning, som förorsakats af ett i sårbotten inmynnande ulcereradt arterielt kärl.

I epikrisen framhålles huru som, äfven om operationen utförts, man sannolikt ej lyckats finna såret dels på grund af dess ringa storlek, dels på grund af dess ogynsamma läge i närheten af cardia.

Köster.

LUDVIG KRAFT: **Tarmgangrän, fremkaldt ved Emboli og Trombose af Mesenterialkarrene.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 733 og 757.

Efter at have berört disse Lidelsers själdne Forekomst refererer Forf. 5 nye Tilfälde:

Tilf. I. Hos en 38-årig födende udviklede sig en septisk Endometrit, i Tilslutning hertil Tegn på en svär Lungelidelse og endelig peritonäale Symptomer, under hvilke Patienten döde.

Sektion: Endometritis og Trombedannelse i Parametriets Vener, Trombemasser i Lungerne samt i aorta abdominalis en embolus; aa. meseraica sup., lienalis og renalis vare tromboserede. Fra en Meter nedenfor pylorus til lidt nedenfor valvula Bauhini var Tarmväggen misfarvet, Slimhinden og til Dels muscularis gangränöst henfalden.

Tilf. II. En 34-årig Mand pådrog sig ved et Togsammenstöd forskellige Läsioner. Underlivet var udspilet, ömt, navnlig i venstre Side; clysmata gav ingen Afföring; Underlivet åbnedes ved Kolotomisnittet, og der udflöd nogen fötid Vädske; ved at efterse Kröset til S. Romanum fandtes en Ruptur af peritonæum. Patienten döde 2 Dage senere.

Sektion: Kröset til S. Romanum rumperet i så stor Udsträkning, at man med Lethed kunde före en knyttet Hånd gennem Rupturen; på den Tilhäftningen modsatte Side af S. Romanum fandtes en Tokronestor Gangrän.

Tilf. III. En 57-årig Mand, der tidligere havde frembudt sikre syfilitiske Symptomer, fik stärke Underlivstilfälde; der diagnosticeredes Galdestenskolik. I en Uge holdt disse Tilfälde sig med vexlende Intensitet; så kom der ileuslignende Symptomer; ved Åbning af Underlivet fandtes misfarvede Tarme. Patienten döde kort Tid efter Indgrebet.

Sektion: Vv. porta, meseraica sup., lienalis tromboserede. Tarmen i 4½ Meters Udsträkning fra duodenum misfarvet, med begyndende Gangrändannelse.

Tilf. IV. En 37-årig Mand blev syg omtr. 14 Dage för Dödens Indträdelse med häftige Smerter i cardia, Kvalme og Opkastninger; samtidig med disse Symptomer blev Almenbefindendet mere og mere lidende, og Döden indtrådte under Kollaps.

Sektion: Ved Underlivets Åbning en mörkt blodröd, let grönlig, omtr. 1 Meter lang Tarmslynge, der var snoet om det tilsvarende

Stykke mesenterium som om en Stilk; Stillingen udrettedes let. Tarmen meget mör. Venerne i Mesenteriet, som svarede til den snoede ansa, vare tromboserede; ligeledes vv. porta, lienalis og meseraica sup.

Tilf. V. En 37-årig Mand blev syg 10 Dage för Indläggelsen med sväre, men vexlende Underlivstilfälde, der efterhånden formede sig til Billedet af en ileus; der foretoges en explorativ Laparotomi, som viste en misfarvet Tarmslynge, der åbnedes. Död få Timer efter Indgrebet.

Sektion: Störste Delen af Tyndtarmen var mörkeröd og mör; vv. porta, lienalis, meseraica sup. tromboserede.

Med Hensyn til Tilf. I bemärker Forf., at man utvivlsomt må antage, at en embolus fra Parametriets tromboserede Vener har lösnet sig og givet Emboli og Trombedannelse i Lungerne; herfra er så atter Lidelsen i aorta abdominalis og v. meseraica sup. udgået. Tilf. II står ganske isoleret, da Forf. ikke har kunnet finde noget lignende beskrevet i Literaturen. I Tilf. III og V viste Mikroskopi af Portårens Väg ganske samme Billede; i den förste Observation var der vel konstaterede syfilitiske antecedentia, i det andet derimod ikke. Forf. tror dog, at bägge må tydes som Exempler på luetiske Pyleflebiter og anförer Tilfälde fra Literaturen, der formentlig stötte denne Antagelse. I Tilf. IV mener Forf., at en Torsion af Tarmen har fremkaldt en Trombedannelse i Mesenterialvenerne, som så har grebet videre om sig; han omtaler nogle analoge Tilfälde, der dog som Regel ere tydede således, at Trombosen skulde väre det primäre, volvulus det sekundäre.

Endelig giver Forf. en indgående Fremstilling af den omhandlede Sygdoms patologiske Anatomi og kliniske Billede samt behandler Muligheden af at stille en Diagnose; han gör i så Henseende opmärksom på, at i hans Observationer manglede det så hyppigt iagttagne og värdifulde Symptom: Tarmblödningen. Med Hensyn til Behandlingen mener Forf., at en Resektion af Tarmen i de Tilfälde, hvor Gangränen ikke er altfor udbredt, måske kunde give nogen Chance.

H. Jacobæus.

H. KÖSTER: **Om primär dermatomyositis acuta & chronica.** Nord. med. Arkiv, 1896, N:r 18, S. 1—74.

Se comptes-rendus. Nord. med. arkiv, 1897, n:r 12, s. 1.

P. AASER: **Om Widals Serumdiagnose af Tyfoidfeber.** (Meddelelse fra Ullevold Sygehuse, 1ste Afd.) Den norske Lägeforenings Tidsskr. 1897, S. 85.

Forf. har under Tyfoidfeberepidemien i Kristiania Hösten 1896 undersögt efter WIDALs Metode 150 Blodpröver, hvoraf 91 fra sikre Tyfoidfeberpatienter. Hvad Teknikken angår, har han indfört den Praxis, at han med en spids bistouri stikker lidt dybt ind i den afvaskede Fingertop og opsamler Blodet i en almindelig Glaspipette, der er givet en Böjning således, at den vide Del kan holdes horizontal, medens Spidsens Åbning holdes under Indstikket (i Texten er Tegning ved-

föjet); allerede efter meget kort Tid får han den tilsträkkelige Serummängde, hvis Virkning altid undersöges i Fortynding 1—10 og 1—20 under Mikroskopet. Forf. bruger altid den mikroskopiske Metode og anser den for tilsträkkelig alene uden den makroskopiske Reaktion i Kulturen.

Blaudt 15 Patienter, undersögte i 1ste Uge, gav Pröven positivt Resultat allerede på 3dje Dag hos 2 og på 4de Dag hos 4; i Rekonvalescentsstadiet skal, efter WIDAL, Blodet tabe sin agglutinerende Evne; dette har ikke Forf. kunnet konstatere, idet indtil ét År efter gennemgået Tyfoidfeber Blodet hos en Sygeplejerske på Ullevold gav positiv Reaktion. — Reaktionen er ikke lige intens i alle Tilfälde, uden at dette afhänger af, om casus er gravt eller let (i 2 Tilfälde opnåedes positiv Reaktion med en Fortynding 1—1000). I et Tilfälde af Abort under Tyfoidfeber fandtes, at Amniosvädsken og Fosterets Blod gav negativt Resultat, medens Moderens Blod gav positivt; Placentarblodet viste sig også virksomt, men 100 Gange svagere end Moderens.

Hos en Pat. med sikker Tyfoidfeber gav WIDALs Pröve negativt Resultat, og hos 2 Patienter med Rosen og Blodforgiftning gav Pröven positivt Resultat. Endvidere var Pröven positiv hos 3 Börn, der indlagdes til Observation sammen med en af sine Söskende, der led af en fuldt udviklet Tyfoidfeber. Når undtages en mådelig Forstörrelse af Milten, fremböd de ikke under hele Hospitalsopholdet noget positivt Tegn på Sygdommen.

98,9 % af de undersögte sikre Tyfoidfebertilfälde gav således positivt Resultat. Forf. vil efter det anförte ikke anse WIDALs Pröve som noget *absolut sikkert* diagnosticum, men den vil väre en god Stötte *sammen med* andre Tegn.

Y. Ustvedt.

JOH. MYGGE: **Om den diagnostiske Betydning af springende Temperatur, med särligt Hensyn til den såkaldte intermitterende Leverfeber.** Med 8 Zinkotypier. Nord. med. Arkiv, 1897, N:r 14, S. 1—62.

Se comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, 1897, N:r 17, S. 4.

Kirurgi och oftalmiatrik: GORDON NORRIE: Åben Sårbehandling ved Öjenoperationer. — ALBIN DALÉN: Experimentela undersökningar öfver desinfektion af ögats bindehinna. — MAGNUS GEIRSVOLD: Åtsninger med Karbolsyre ved ulcera corneæ. — O. B. BULL: Bör Ikke-Specialister udföre Operationer for Skelen? — AAGE A. MEISLING: Om Hemianopsi. — EDMUND JENSEN: Om keratitis bullosa. — JOHAN WIDMARK: Om gräsen för det synliga spektrum. — A. LINDH: Hjärnskada. — V. SAXTORPH-STEIN: Et Tilfälde af BEZOLDs mastoiditis, helbredet ved erysipelas, samt Funktionsundersögelse. — E. SCHMIEGELOW: Strubekarcinomet, dets Diagnose og Behandling. — TH. CAPPELEN: Vulnus cordis. Sutur af Hjärtet. — JOHAN NICOLAYSEN: Den kirurgiske Behandling af dilatatio ventriculi. — A. LINDH: Operationer för magkräfta og magsår under 1896. — ALEXANDER HOLST: Hernia inguinalis incarcerata; Cystocele. — K. BELFRAGE: Fall af gallsten, behandladt med cholecystotomi och choledochotomi. — OSCAR BLOCH: Om Resektion af Nyreväv i diagnostisk Öjemed. Et Bidrag til Konservatisme i »Nyrekirurgi». — FR. RAMM: Sarcoma renis, nephrectomia. Helbredelse. — C. A. LJUNGGREN: Öfvertalig urinblåsa med urinretention. — BJÖRN FLODERUS: De anatomiska förändringarna hos genitalorganen efter sexuela operationer mot prostatahypertrofi. — A. LINDH: Operationer (castratio) för prostatahypertrofi. — FR. RAMM: Kastration ved Prostatahypertrofi. — G. GABRIELSEN: Kastration ved Prostatahypertrofi. — CHRISTEN LANGE: Bidrag til Skoliosens Ätiologi. — J. ROLL: Behandlingen af den medfödte Klumpfod. — Kasuistik från lasarettsläkarnes rapporter år 1896. — Göteborgs läkaresällskaps förhandlingar. — J. BUCHHOLTZ: Det såkaldte »anatomiske» Brokbind. — SOPHUS BANG: En ny Injektionspröjte.

GORDON NORRIE: **Åben Sårbehandling ved Öjenoperationer.** Et Bidrag til svensk Medicinalhistorie. Nord. med. Arkiv, 1897, N:r 21, S. 1—8.

Se comptes-rendus, Nord. med. Arkiv, 1897, N:r 23, S. 2.

ALBIN DALÉN: **Experimentela undersökningar öfver desinfektion af ögats bindehinna.** Nord. med. arkiv, 1897, n:r 13, s. 1—53 och n:r 18, s. 1—28.

Se comptes-rendus, Nord. med. arkiv, 1897, n:r 17, s. 1.

MAGNUS GEIRSVOLD: **Ätsninger med Karbolsyre ved ulcera corneæ.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1897, S. 568—572.

Som et letvindt og virksomt Middel ved inficerede Hornhindesår anbefales Ätsning med acid. carbolic. liquid. på en almindelig BOWMANs Knopsonde — gentaget nogle Gange med en Dags Mellemrum. Metoden har vist sig särdeles virksom ved Hypopyonkeratiter efter travmatiske Läsioner af cornea, selv ved Tilstedevärelsen af suppurative Dakryocystiter. En let Ätsning anbefales også som profylacticum efter Fjärnelse af Fremmedlegemer i cornea.

Fordele ved Metoden er dens Enkelhed, den kräver ingen Apparater eller specialistisk Färdighed; Behandlingens Varighed er ligeså kort og de funktionelle Resultater ligeså gode som efter Spaltning eller Termokavstik.

Metoden anvendes nu på Rigshospitalets Öjenafdelning, og Resultaterne har väret tilfredsstillende.

Geirsvold.

O. B. BULL: **Bör Ikke-Specialister udföre Operationer for Skelen?** Norsk Magaz. for Lägevid. 1896, S. 1225—1233.

I et tyndt befolket Land, som Norge, bliver Lägerne ofte nödsaget til at befatte sig med meget, som Läger, der virker under andre Forholde, kunne overlade til Specialister. Blandt dette hörer også Strabismer, hvorfor Tenotomi hidtil vel så godt som har väret den eneste Operation, som Landsläger har udfört.

Resultatet er imidlertid efter en Tenotomi oftest mindre tilfredstillende, da det ikke er Overvägten af en enkelt Muskel, men Öjets Stilling inden capsula Tenoni, som er det bestemmende. Er denne abnorm, kan Fejlen i Öjets Stilling langt lettere rettes på ved Fremlägning af Muskelen med Kapselen (altså uden at präparere den lös) samtidigt med at Muskelen på den Side, hvorhen Öjet devierer, tenotomeres, — end ved at man alene tenotomerer denne sidste.

Forfatteren beskriver en Operationsmåde som har givet ham de bedste Resultater, sammenlignet med flere andre der også har väret forsögt.

AAGE A. MEISLING: **Om Hemianopsi.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 777.

Forf. omtaler Diagnosen af Hemianopsi i Almindelighed og meddeler derefter forskellige herhenhörende Sygehistorier, deriblandt et Tilfälde af hemianopisk Farveblindhed, hvor Funktionsformindskelsen i den syge Side også lod sig påvise ved BJERRUMs Metode. End videre refereres 2 Tilfälde af temporal Hemianopsi, hvor Defekterne afgränsedes nöjagtigt ved en Linje lodret gennem Fixationspunktet.

Edm. Jensen.

EDMUND JENSEN: **Om keratitis bullosa.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 755 og 779.

Forf. skelner mellem primär og sekundär Bulladannelse, eftersom Lidelsen opstår i et hidtil sundt eller i et sygeligt forandret Öje. Den förste Form er den oprindeligt af HANSEN GRUT beskrevne, recidiverende bullöse keratitis af travmatisk Natur (»Neglekeratitis»). Blandt 50 000 Patienter fandtes denne Lidelse i 37 Tilfälde, hvoraf 31 Kvinder, 6 Mänd. Sygdommens enkelte Symptomer omtales närmere og belyses ved Sygehistorier. Med Hensyn til Tidspunktet for Bulladannelsens Opståen meddeles 3 Tilfälde, hvor Blären dannedes i umiddelbar Tilslutning til Läsionen, medens det ellers er Regelen, at der ligger én til flere Måneder imellem. I ét af disse Tilfälde var bullas Indhold hämorragisk. — End videre anföres Exempler på, hvorledes Infektion kan komplicere Forlöbet. — Ved Omtalen af Behandlingen advares mod for rigelig Brug af Kokain.

Edm. Jensen.

JOHAN WIDMARK: **Om gränsen för det synliga spektrum.** Öfversikt af kgl. Vetensk.-akad. förhandl. 1897, n:r 5.

Undersökningarna hafva gjorts i syfte att fastställa gränsen för det synliga spektrum åt den ultravioletta sidan. Det därvid använda spektroskopet utgjordes af ett ROWLANDs konkavgitter af 1,6^m krökningsradie och ungef. 3 cm:s diameter med 14,438 linier på engelsk tum, så uppstäldt att dess midtpunkt, spektroskopets springa och okularets midtpunkt bildade en rätvinklig triangel. Ljuskällan var en elektrisk båglampa med en styrka af 15 Ampère, försedd med poler af järn. I hela spektroskopet ingingo inga andra brytande medier än ett okular af kvarts.

Undersökningarna gåfvo följande resultat:

Det normala människoögat uppfattar endast en ringa del af de ultravioletta strålarna. Gränsen för det synliga spektrum växlar för olika personer, men ligger i allmänhet innanför L—M och endast i sällsynta undantagsfall utanför dessa linier.

Strålarna uppfattas direkt och icke genom fluorescens. De iakttagas lättare excentriskt än centralt.

Äldre personer uppfatta en mindre del af de ultravioletta strålarna än yngre personer. Denna olikhet är föga märkbar intill 55 år, men efter denna åldersgräns tydlig och efter 64 år särdeles framträdande. Gränsen för det synliga spektrum är efter sist nämnda år i regel tillbakaskjutet in i det violetta fältet.

Orsaken till människoögats ringa förmåga att uppfatta ultravioletta strålar är i främsta rummet linsens absorbtion. Aflägsnas linsen, uppfattas en stor del af strålarna. Hos en del starropererade sammanfaller gränsen för det synliga spektrum i det närmaste med gränsen för hornhinnans absorbtion.

Den violetta delen af spektrum är för de starropererade betydligt förlängd. Gränsen växlar för de olika undersökta mellan λ 340—370.

Widmark.

A. LINDH: **Hjärnskada.** Göteborgs läkaresällsk. förhandl. 1896, s. 108.

En 13 års gosse hade under kälkbacksåkning ränt mot en karl, som hållit i handen en bleckkanna med lång pip, hvilken förorsakat ett sår å gossens vänstra ögonlock med efterföljande flegmoner kring den något framträngda ögonbulben. Vid undersökning befans orbitaltaket 2 cm. från dess ytterkant hafva en fingertjock perforationsöppning, i hvilken hjärnmassa buktade ned, och macererad sådan utrann. Dränage. Småningom anfall af medvetslöshet och ryckningar i högra ansiktshalfvan, slöhet, afasi, pares af h. facialis' nedre gren, deviation af tungan åt höger, pares af h. armen. Vid revision och punktion af hjärnan anträffades ej något var. Därefter förbättring och hälsa.

Hjärnsymptomen anser förf. vara en följd af reaktiva processer kring såret i pannan.

Köster.

V. SAXTORPH-STEIN: **Et Tilfälde af Bezolds mastoiditis, helbredet efter erysipelas, samt Funktionsundersögelse.** Nord. med. Arkiv, 1897, N:r 19, S. 1—7.

Se comptes-rendus, Nord. med. Arkiv, 1897, N:r 23, S. 1.

E. SCHMIEGELOW: **Strubekarcinomet, dets Diagnose og Behandling.** Med 8 Zinkotypier. Nord. med. Arkiv, 1897, N:r 7, S. 1—66.

Se comptes-rendus, Nord. med. Arkiv, 1897, N:r 12, S. 3.

TH. CAPPELEN: **Vulnus cordis. Sutur af Hjärtet.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1896, S. 285—288.

Vedkommende Patient blev bragt på Hospitalet en Time efter at have fået et Stiksår i 4de venstre Interkostalrum i midtre Axillarlinje og var bevidstlös, ligbleg, koldsvedende med ufölbar Puls, Respiration 44, intet Spidsstöd, fjärne svage Hjärtelyd ved *höjre* Sternalrand og over sternum. På *venstre* Side hverken Hjärtelyd eller Respirationslyd, heller ingen Bevägelse af venstre Brysthalvdel ved Respiration, mat Perkussionslyd over For- og Sidefladen. Der var ved Indkomsten ingen Blödning fra Såret, og der kom heller ikke Luft ud og ind under Respirationen.

En Times Tid senere kom der nogen Blödning fra Såret efter en Bräkning; der foretoges Resektion af 4de og 3dje costa og det viste sig, at Knivspidsen var trängt ind i venstre pleura uden at lädere Lungen, derfra ind i Perikardiehulen og Hjärtet, hvor der fandtes et Snitsår i Muskulaturen og en overskåren större Arterie men ikke Perforation. Blödningen fra art. coronaria var sivet ud i pleura og havde komprimeret venstre Lunge.

Arterien blev omstukket og Hjärtesåret sutureret — et vanskeligt Stykke Arbejde, »da Hjärtet ved hver Kontraktion gjorde hoppende »Bevägelser frem mod Såråbningen og under Diastole faldt helt til»bage, samtidigt med at Lungen ved hver Inspiration fyldte Bryst»hulen.»

Blödningen stoppede, og Patienten levede i $2\frac{1}{2}$ Dögn. Ved Obduktionen viste Dödsårsagen sig at väre — foruden Anämien — Perikardit beroende på Mikrokokker. Såret i Hjärtet var agglutineret.

Johan Nicolaysen.

JOHAN NICOLAYSEN: **Den kirurgiske Behandling af dilatatio ventriculi.** Pröveforeläsning over selvvalgt Ämne for den medic. Doktorgrad 7/11 1895. Norsk Magaz. for Lägevid. 1896, S. 353—370.

Foreläsningen handler om Indikationerne for kirurgisk Indgreb ved dilatatio ventriculi (undtagen ved cancer), Operationsmetoderne og såvel de umiddelbare som senere funktionelle Resultater af Behandlingen. Forf. omtaler til Slut 3 af ham opererede Tilfälde.

Til Operation kommer i Regelen kun de höjeste Grader af Ventrikelinsufficiens, som ikke längere påvirkes af medicinsk Behandling, hvilket sidste har sin dybere Grund i, at Årsagen ikke er påvirkelig for en Pylorusstenose. Når Patienterne begynder at aftage hurtig i Vägt bör Kirurgen skride ind.

Medens det ikke er af särlig Betydning at få oplyst, forinden man opererer, om Dilatationen er atonisk eller beror på Stenose, så er det for Prognosens Skyld meget vigtigt at kunne afgöre, om der foreligger cancer eller ikke, og som et värdifuldt Tegn anförer Forf. den forholdsvis hurtige Udvikling af Symptomerne hos en Kräftpatient i Modsätning til den årevise Tiltagen af Besvärlighederne hos dem, hvis Dilatation beror på ikke-malign Årsag.

Den kirurgiske Behandlings Mål er at retablere Ventrikelens motoriske Funktion ved at häve Pylorusstrikturen (Pyloroplastik) eller omgå Hindringen (Gastro-enterostomi). Den sidste Operation bör foreträkkes for BIRCHERs Indfoldning ved atoniske Dilatationer. Forf:s Tilfälder ere fölgende:

I. 32-årig Kvinde, dyspeptiske Besvärligheder i 2 År, stärkt afmagret (fra 60 Kilo til 44 Kilo). Udtalte Pylorusstenose-Symptomer, fri Saltsyre tilstede. Der föltes en glat, bevägelig, hönseägstor tumor pylori, som havde väret fölt også tre Måneder för, og som i den forlöbne Tid ikke havde forandret Störrelse eller Bevägelighed. — $^{28}/_{9}$ 93 Laparotomi, hvorved tumor viste sig som en Muskelhypertrofi om et ulcus pylori. Gastro-enterostomia anterior, hvorefter Ophör af alle Besvärligheder og hurtig Tiltagen i Vägt. 7 Måneder senere undersögtes Ventrikelens Motilitet der fandtes normal. Fri Saltsyre kunde ikke påvises (neutraliseret af Tarmsaft?). Efter 1 År og 4 Måneders Forlöb kom Pat. atter under Behandling med dobbelsidigt sarcoma ovarii, men desuden med betydelige Stenosesymptomer fra Ventrikelens Side. Operationen viste, at Åbningen mellem Ventrikel og Tarm havde trukket sig sammen til ½ Cm:s Diameter, der forsögtes Dilatation med Hegar, men hun döde 8 Dage efter af Inanition. Den för omtalte tumor viste sig ved Sektionen som en muskulär Hypertrofi af pylorus.

II. 33-årig Kvinde. Lues som ung. Hämatemese for 12 År siden. Betydelig motorisk Insufficiens af Ventrikelen. April 1894: Gastro-enterostomia anterior, hvorefter betydelig Bedring af alle Symptomer. 1 År senere undersögtes Ventrikelens Motilitet. 7 Timer efter LEUBEs Prövemiddag ophentedes omtr. 150 Gm galdefarvet tynd Vädske, hvori en Del ufordöjede Ködrester.

III. 35-årig Kvinde. Hämatemeser i 1882, 1888 og 1890. Efter den sidste udviklede der sig en dilatatio ventriculi og på Grund af Smerten og Afmagring gjordes *d.* $^{4}/_{7}$ *1894* Gastro-enterostomi. Som Årsag til Insufficiensen fandtes ved pars pylorica et 2-kronestort ulcus med papirtynd Bund. *Dette Parti indfoldedes ved Sutur i Ventrikelen.* Rask Bedring. Motiliteten undersögtes 1 År og 3 Måneder senere og fandtes omtrent normal.

Johan Nicolaysen.

A. LINDH: **Operationer för magkräfta och magsår under 1896.** Göteborgs läkaresällsk. förhandl. 1896, s. 40.

1) *Gastro-enterostomia posterior* med godt resultat i ett fall af kancerstenos af pylorus.

2) *Resectio pylori* för en kancer från pylorus till midten af curvatura minor och ringformigt kring ventrikeln med lyckligt resultat. Den resecerade ventrikeldelen mätte längs curvatura minor 10—11 cm., längs curvatura major något mindre.

3) *Resectio pylori* med godt resultat för en tumör från midten af curvatura minor till bakre väggen af ventrikeln genom pylorus ett stycke in på duodenum. Ungefär halfva ventrikeln resecerades.

4) *Resectio pylori* för en tumör från pylorus till 6—7 cm. in på curvatura minor. Å tumörens framsida fans en perforation, som täckts genom talrika adherenser mellan ventrikeln och lefvern. Den mikroskopiska undersökningen konstaterade ett ulcus ventriculi.

Köster.

ALEXANDER HOLST: **Hernia inguinalis incarcerata; Cystocele.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1896, S. 401—402.

Hos en 73 År gl. Kone med venstresidigt inkarcereret Ingvinalhernie blev der foretaget Herniotomi med Radikaloperation, og efter Lösning og Bortklipning af den stärkt fortykkede Broksäk viste det sig, at Urinblären havde väret intimt sammenvoxet med Broksäkken, og at et 2-kronestort Stykke af Blären var klippet bort, idet Broksäkken blev exstirperet.

Urinblären sutureredes og der indlagdes Kateter à demeure. 15 Dage senere kom der en liden Bläreflstel, som lukkede sig i Löbet af 4 Uger. *Patienten oplyste efter Operationen, at hun i de sidste År havde havt Urinbesvär, som lettedes ved at öve et Tryk med Hånden mod Brokket.*

Johan Nicolaysen.

K. BELFRAGE: **Fall af gallsten, behandladt med cholecystotomi och choledochotomi.** Göteborgs läkaresällsk. förhandl. 1896, s. 102.

Redogörelse för ett med lyckligt resultat behandladt fall af gallsten. Ur gallblåsan tömdes 101 stenar, ductus cysticus var likaledes utfyld af stenar, en, den största, satt fast i ductus choledochus, vägde 7½ gm och aflägsnades genom längdsnitt i ductus.

Ännu 1¼ år efter operationen var pat. frisk.

Köster.

OSCAR BLOCH: **Om Resektion af Nyreväv i diagnostisk Öjemed. Et Bidrag til Konservatisme i "Nyrekirurgi".** Nord. med. Arkiv, 1897, N:r 25, S. 1—33 & N:r 30, S. 1—49.

Se comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, 1897, N:r 29, S. 3.

FR. RAMM: **Sarcoma renis, nephrectomia. Helbredelse.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1896, S. 1020—1024.

Patienten, *et 2 År gammelt Drengebarn*, havde 1 År gammel havt Pnevmoni og senere väret lidt sygelig, havde små febrilia, Underlivet blev påfaldende stort, og 6 Måneder för Indkomsten på Sygehuset var der opdaget en Klump i höjre Side af Underlivet, Urinen normal.

Ved Indläggelsen fandtes Underlivet stärkt udvidet mest på höjre Side af en spändt, elastisk, som det syntes lobulär tumor, der indtog omtrent hele höjre Halvdel af abdomen, gav mat Perkussionslyd undtagen i et 3 Finger bredt tympanitisk Bälte langs Leverranden og kunde beväges lidt fra rectum af men var ellers ubevägelig. Temp. 37,8. Tumor blev exstirperet gennem et transperitonealt Snit langs höjre rectus og viste sig at väre et Rundcellesarkom i höjre Nyre. Der optrådte intet Shok efter Operationen, og Barnet udskreves helbredet efter 18 Dage.

Johan Nicolaysen.

C. A. LJUNGGREN: **Öfvertalig urinblåsa med urinretention.** Nord med. arkiv, 1897, n:r 9, s. 1—12.

Se comptes-rendus. Nord. med. arkiv, 1897, n:r 12, s. 5.

BJÖRN FLODERUS: **De anatomiska förändringarna hos genitalorganen efter sexuela operationer mot prostatahypertrofi.** Med 3 taflor. Nord. med arkiv 1897, n:r 24, s. 1—54.

Se comptes-rendus. Nord. med. arkiv, 1897, n:r 29, s. 1.

A. LINDH: **Operationer (castratio) för prostata-hypertrofi.** Göteborg-läkaresällsk. förhandl. 1896, s. 80.

Redogörelse för 4 fall af kastration för prostatahypertrofi. I det första förbättrades urinkastningen men icke en för handen varande blåskatarr; i de öfriga fallen synes operationen knappast hafva medfört någon nytta. Urinen tycktes dock i alla fallen hafva gått något lättare än före operationen. Den 4:de opererade, en 80-åring, afled på grund af bronkopnevmoni efter kronisk bronkit.

Köster.

FR. RAMM: **Kastration ved Prostatahypertrofi.** Tillägshefte til »Norsk Magaz. for Läger» 1896, S. 1—73.

I den foreliggende Bog gennemgår Forf. de talrige kirurgiske Behandlingsmetoder ved Prostatahypertrofi, og kommer til den Slutning, at de dels ere farlige og dels ikke hjälper, hvorefter han udvikler sin bekendte Idé om at anvende Kastration, fordi prostata herved atrofierer i Lighed med Uterusmyomer. Ref. skal tillade sig at henvise til det i *dette Tidsskrift 1895 som Nr 29 trykte Foredrag* og kun omtale Forf:s Slutningsoversigt, hvori han fremhäver, at en paretisk Bläre kan genvinde en Del af sin tonus, når Hindringen for Udtömmelse er borte, at en »cachexia testipriva» er meget själden, og at Dödeligheden af Operationen er for höjt ansat i de foreliggende Statistikker, fordi der ikke er gjort skönsomt Valg af Patienter.

Efter de af andre udförte mikroskopiske Undersögelser antager Forf., at det förste — glanduläre — stadium af Hypertrofien er det gunstigste Tidspunkt for Kastration, og at man måske bör kunne läre at skelne dette fra det senere, fibröse stadium ved Palpation.

Arbejdet indeholder foruden Sygehistorier fra de opererede 7 Patienter (hvoraf en död af Septikämi på Grund af bestående Cystit) en hel Del interessante Iagttagelser om Atrofi af prostata efter Kastration for tumor, Tuberkulose, ved Monorchisme, ved medfödt Atrofi af testis o. fl.

Johan Nicolaysen.

G. GABRIELSEN: **Kastration ved Prostatahypertrofi.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1896, S. 1025—1028.

En 73-årig Mand havde i 2 År lidt af hyppig og smertefuld nisus (3—4 Gange i Timen om Natten); prostata föltes forstörret, *ömfindtlig*, og der kom nisus ved Tryk på den, Urinen normal, Residualurin 40 Kcm. D. $^{14}/_{12}$ 1895 *Kastration.* Delirier efter Operationen, men allerede efter 6 Dögn Bedring af Bläresymptomerne og 4½ Måned efter var Almentilstanden så god som för Sygdommen; han måtte urinere 2 til 3 Gange om Natten, noget som han havde plejet at göre i flere År, men befandt sig ellers fuldständig vel. Reciduulurin fremdeles 40 Kcm. Forf. antager at Virkningen skyldes en Forandring i Cirkulationsforholdene, hvorved den tilstedevärende kroniske Prostatit er helbredet. *Johan Nikolaysen.*

CHRISTEN LANGE: **Bidrag til Skoliosens Ätiologi.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 785.

Forf. har set flere Börn, hvor der samtidig med en Skoliose fandtes Hjärtefejl med betydelig Forstörrelse af cor. Den til höjre konvexe Krumning af columna gik fra 1ste til 8de Ryghvirvel og var kompenseret af en fladere venstresidig konvex Krumning i det nedenfor liggende Parti af Rygsöjlen. Det oplystes, at Hjärtelidelsen havde väret tilstede för Skoliosen, og Forf. er tilböjelig til at antage, at denne skyldes den tilstedevärende betydelige Udvidning af cor, som under Systole giver en Fremdrivning af Brystkassen, stärkest på venstre Side; herved udöves gennem de elastiske Ribben et Träk på Hvirvlerne, der efterhånden på Grund af Ledfladernes Form kommer til at vise den Form af Skoliose, som fandtes hos pågäldende Patienter.

Kr. Poulsen.

J. ROLL: **Behandlingen af den medfödte Klumpfod.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1896, S. 1077—1104.

Anatomiske Undersögelser viser, at den foreliggende Deformitet har sit Udgangspunkt i de ossöse Partier, ikke alene i Foden selv, men i Underextremiteten, der i sin Helhed er roteret udenfra nedad. Alle andre Modifikationer er af sekundär Beskaffenhed.

Ligeoverfor det operative Indgreb må skelnes mellem dens Udförelse för og efter Puberteten. Erfaring viser, at alle Operationer på Benet — PHELPS's undtagen — er forkastelige för denne Tid, da de senere fremkalder Deformitet af Foden. *Efter* Puberteten kan benyttes PHELPS's Operation, andre er overflödige. Efter WOLFF og LORENZ vil enhver ossös Operation väre unyttig.

Ved Behandling af Klumpfod hos Barnet, hvilket Forf. specielt beskäftiger sig med i denne Afhandling, må vi sågodtsom udelukkende holde os til ikke-operative Metoder, blandt hvilke atter KÖNIGs og WOLFFs sikrest förer til Målet.

LORENZs Metode, der kun er en Modifikation af de to andre, er mindre at anbefale, idet den oftere giver Anledning til pes valgus.

Til at modarbejde Rotationen af Underextremiteten tjener forskellige Apparater; desuden anbefales i visse Tilfälde lineär Osteotomi af tibia, — alt dette er dog overflödigt, så fremt det sörges for, at Barnet går tilsträkkeligt på den redresserede og indgipsede Fod (jfr WOLFF: Das Gesetz der Transformation der Knochen).

I Modsätning til den vanlige Opfatning at skride til Operation strax efter Födslen, tilråder Forf. at vente omtrent 10 Måneder, for at Barnet fra den Tid, det begynder at gå, kan disponere over en allerede redresseret Fod. Ti de mere alvorlige Tilfälde lader sig ikke helbrede uden Gibsbandage, men denne medförer hos ganske små Individer flere Ulemper, idet navnlig Foden kan dislocere sig inde i Bandagen, som derfor må fornyes. Dernäst er denne mindre heldig for Fodens Udvikling just i den Periode, da Barnets Växt er stärkest. Fremdeles er det heldigt, at Barnet strax begynder at gå på den indgibsede Fod. Bedömmelsen af, om det foretagne Redressement er tilsträkkeligt, er vanskelig för man har set Barnet gå. Der tabes intet ved at vente. Desuden er det tidlige Redressement, foretaget som en gymnastisk Övelse, langsomt og daglig, kun at foreträkke i benigne Tilfälde.

Kasuistik från lasarettsläkarnes rapporter år 1896. Hygiea 1897, II, sid. 47.

E. LINDSTRÖM (Karlshamn):

1) Otit. med. purul. c. vitrit. proc. mastoid. s. + trombophlebitis sin. transv. Trep. af proc. mast. Underbindning af v. jugul. int. Trepan. och utrymning af sin transv.

2) Fall af gangren å penis och scrotum.

J. Åkerman.

Göteborgs läkaresällskaps förhandlingar. Hygiea 1897, II, s. 209.

A. LIND: *Fall af cancer cranii.* D:o.

WALTER: Hygiea 1897, II, s. 213. *Splenektomi; död.*

CARLSON: *Ett fall af kronisk sup. otitis med. med secros i pars mast. och förlust af jämnvikten; operation; hälsa.* D:o, s. 224.

Fynd af proc. vermif. i bråcksäcken vid operation af inklämdt bråck. D:o, s. 227. *J. Åkerman.*

J. BUCHHOLZ: **Det såkaldte "anatomiske" Brokbind.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1896, S. 1029—1031.

Forf advarer mod Brugen af det såkaldte »anatomiske» Brokbind, da det er fejlagtig konstrueret og slet ikke frembyder nogen effektiv Däkkelse og den udvidede Lyskekanal. *H. Hopstock.*

SOPHUS BANG: **En ny Injektionspröjte.** Hospitals-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 669.

En med Afbildninger forsynet Beskrivelse af en Spröjte til Seruminjektioner.

Kr. Poulsen.

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: E. WELANDER: Några undersökningar om jod och kvicksilfver. — KARL KOHMANN: Om Metylenblåt ved Behandling af den akute Gonorré. — R. HERTZ: Om Itrolets Anvendelse ved Gonorrhoe. — O. FRICH: Et Tilfälde af herpes zoster cervicalis, kompliçeret med total Facialisparalyse. — CHR. BERGH: Om acne rosacea, dens Ätiologi og Behandling. — C. BOECK: Et Tilfälde af acanthosis nigricans. »Dystrophia papillaire et pigmentaire». — C. RASCH: Om Hududslet ved medikamentel Brug af Borsyre og Borax.

E. WELANDER: **Några undersökningar om jod och kvicksilfver.** Hygiea 1897, II, s. 181.

I anledning af några tillämnade försök med behandling af syfilis medelst insprutning af vätska från en syfilitiskt hydro-sarcocele, företog förf. en del försök för utrönande, huruvida antagligt vore, att de supponerade syfilis-(anti-)toxinerna öfvergå i en hydrocelevätska. Under förutsättning, att dessa toxiner förhålla sig analogt med en del kemiska ämnen, kanske med jod, gjordes först försök med detta ämne samt i några fall äfven med salicylsyra. Metoden för jodens påvisande bestod i att ett litet stycke oblat, genomdränkt med den vätska, som skulle undersökas, utsattes för inverkan af ångor från rykande salpetersyra. Den minsta mängd, som med denna metod kunde påvisas, var 1 : 20 till 30 tusen. Härvid undersöktes äfven jodens förekomst i blodet vid intagning af jodkalium i olika doser och under olika förhållanden. Blodet samlades efter koppning, serum afskildes och undersöktes på ofvan nämnda sätt. Därvid visade sig, att jod knappast kunde påvisas i serum efter intagande af 1 gm jodkalium, i större mängd och längre tid om större doser intogos, eller om en mindre dos ofta repeterades. Vid intagande af 1 gm 3 gånger om dagen med 4 timmars mellanrum kunde sålunda jod ej als påvisas; vid en dos af 6 gm om dagen erhöls svag reaktion; vid intagning af 10 gm om dagen ganska stark jodreaktion. Vid sådana större doser erhöls nu också jodreaktion i hydrocelevätska, där den vid mindre doser ej kunnat påvisas, i vesikatorieblåsor och äfven i många andra patologiska vätskor. Jodhalten i dessa visade sig vara proportionel mot jodmängden i blodet. Öfvergången i körtelsekret sker på annat sätt, vissa körtlar visa förmåga att äfven ur ett jodfattigt blod afskilja ett starkt jodhaltigt sekret. Särskildt är detta fallet med sekretet från spottkörtlar, njurar och cervix uteri. — Äfven kvicksilfret fann förf. fördeladt i kroppens vätskor och lyckades påvisa dess förekomst i hydrocelevätska samt äfven att dess mängd där var i viss mon proportionel mot samtidigt genom urinen afskildt kvicksilfver.

Till dessa undersökningar knyter förf. några allmänna reflexioner öfver jodens och kvicksilfrets olika sätt att resorberas och afskiljas ur organismen, hvilka utgöra en resumé af förf:s kända föregående undersökningar härom.

Slutligen drager förf. några praktiska slutsatser med afseende på jodens och kvicksilfrets olika sätt att inverka på de syfilitiska symptomen. Jod, som hastigt resorberas och elimineras, bör för att säkert utöfva sin inverkan på dessa symptom gifvas i större doser 6—10 gm om dagen. Kvicksilfver resorberas långsamt och elimineras ännu långsammare ur organismen. Den kraftigaste metoden för behandling af svåra fall af syfilis (sönderfallande gummata o. s. v.) bör således bestå i stora jodkaliumdoser saamtidigt med att en kraftig kvicksilfverbehandling (injektion af olösliga salter, smörj- (resp. påstryknings-)kur inledes. Då man kan antaga, att tillräcklig kvicksilfvermängd resorberats för att ensamt kunna utöfva full verkan på syfilisprocessen, afbrytes jodkaliumbehandlingen och kvicksilfverbehandlingen fortsättes ensam. Förf. tror sig nämligen hafva säkert iakttagit, att symptomen, särskildt de tertiära, längre tid uteblifva efter behandling med kvicksilfver än efter ensamt behandling med jod.

Sederholm.

KARL KOHMANN: **Om Metylenblåt ved Behandling af den akute Gonorré.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1897, S. 832.

Urethra renses först med en 2 %:s Oplösning af Borsyre, hvorpå injiceres med en almindelig Gonorrhoespröjte en 2 %:s Oplösning af Metylenblåt, der lades inde i nogle Minuter; dette gentages hver eller hver anden Dag. Udfloddet ophörer gerne efter 8 til 10 Dage, i Höjden efter 3 Uger.

R. HERTZ: **Om Itrolets Anvendelse ved Gonorré.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 665.

Af de som antiseptica så forroste Sölvsalte har CREDÉ särligt anbefalet *Itrolet*, det citronsure Sölvilte (1 : 3800). Forf. har på Kommunehospitalets 4de Afdeling (HASLUND) forsögt Midlet hos 17 gonorroiske Individer uden at have sporet nogen särlig god Virkning deraf.

R. Bergh.

O. FRICH: **Et Tilfälde af herpes zoster cervicalis, kompliceret med total Facialparalyse.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1896, S. 1125—1129.

Efter at en herpes zoster cervicalis havde varet hos en 75-årig Mand i en 12 Dage, optrådte pludselig en Nat under et voldsomt Smerteanfald en total Paralyse af höjre facialis; under Elektricitet svandt Paralysen ganske i Löbet af 3 Uger. Forf. antager som en mulig Grund til Forbindelsen mellem begge disse Sygdomme den Omständighed, at Grene af plexus cervicalis på flere Steder anastomoserer med Facialisgrene.

H. Hopstock.

CHR. BERGH: **Om acne rosacea, dens Ätiologi og Behandling.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1897, S. 836.

Forf. söger Sygdommens Årsag i den tilstedeværende Rinit, der findes sågodtsom hos alle Patienter med röd Näse.

Man finder nöjagtig samme Forhold inde i Näsekaviteten som udenpå samme.

Behandlingen, der består i Dacrocyl med Sonde i Näsen og med (Pege- eller Ring-)Fingeren i pharynx og Retrofaryngealrummet, giver gode Resultater, hvorpå Exempler omtales.

Ved Siden heraf forordnes også sädvanlige hygiejniske Forholdsregler.

C. BOECK: **Et Tilfälde af acanthosis nigricans. "Dystrophia papillaire et pigmentaire".** Med 1 Planche. Norsk Magaz. for Lägevid. 1897, S. 273—285.

Af denne själdne Affektion, der, såvidt Iagttagelserne hidtil räkker, udelukkende synes at forekomme hos Individer, der lider af Kräft i et eller andet Organ, isär Abdominalkräft, meddeles et Tilfälde hos en 52-årig Frue, der förste Gang fremstillede sig hos Forf. d. 8de Juni 93. 3½ År tör Hudsygdommen begyndte at udvikle sig, var Pat. opereret for Brystkräft. Intet Recidiv. Samtidig med eller lidt forud for Udviklingen af Hudsygdommen fölte hun i de senere angrebne Partier en intens Stikken og Klöen i Huden. Denne angrebes först på Halsen, siden udbredte Sygdommen sig dels nedover Kroppen og Yderlemmerne, dels opover Ansigtet, idet dog visse särlige Regioner fortrinsvis angrebes, nemlig foruden Halsen Partiet omkring Midjen, särlig Navlen, Huden over genitalia og anus samt i alle Ledböjningerne, isär på Overextremiteterne. Huden over disse her nävnte Regioner var i höj Grad overpigmenteret og viste samtidig et nästen vortet Udseende på Grund af de stärkt fremträdende Hudpapiller. Huden var dog trods dette gennemgående blöd, hvor ikke en tilstedeværende Hyperkeratose gjorde den mere ru, som f. Ex. på og omkring Navlen. Farven var dels en brunlig som på Halsen, dels en mere gråsort eller skiferfarvet som omkring Navlen og genitalia. Kort efter Huden angrebes også *Slimhinden i Munden*, idet Papillerne ganske särlig på den hårde Gane efterhånden i den Grad forlängedes, at man formlig kunde skille dem som Håret med en Kam. — *Urinmängden* var allerede i de förste Dage, Pat. af Forf. undersögtes, betänkelig liden, gennemsnitlig kun ½ Liter i Dögnet. Der forsögtes derfor väsentlig af denne Grund *en Behandling med Binyre* dels i Afkog, dels som Glycerinextrakt, og Urinmängden steg herunder strax til 1 Liter i Dögnet. Med denne Behandling fortsattes ihärdigt omtrent 9 Måneder, indtil der begyndte at udvikle sig en Del hurtigt voxende Svulster nede i Underlivet og Kräfterne samtidig raskt begyndte at aftage. Disse Svulster diagnosticeredes som kankröse, og Pat. döde 28de Maj 1894.

Sektion ikke tilladt.

Af det *mikroskopiske Fund* kan särlig fremhäves, at Forf. fandt Bindevävsfibrene i Hudpapillerne usädvanlig tynde og fine, og at Over-

gangen mellem dette sorte ligesom finkornede Bindeväv i selve Papillen til Bindevävet umiddelbart under denne med sine normalt udviklede mägtige Bindeeävsbjelker var overordentlig brat. Forf. er tilböjelig tll i dette Forhold af Hudpapillernes Bindeväv at se noget af det väsentligste ved den patologiske Proces i Huden. Overhudens Pigcellelag fandtes derimod gennemgående ikke mägtigere end normalt. Forf. holder derfor også forelöbigt Benävnelsen »dystrophia papillaire et pigmentaire» for den heldigste.

C. B.

C. RASCH: **Om Hududslet ved medikamentel Brug af Borsyre og Borax.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 709.

Forf. leverer et Oversigt over de hidtil bekendte Tilfälde af Forgiftning ved Borsyre og Borax, särligt over de ved samme fremkaldte Dermatoser, og meddeler et på Kommunehospitalet (Overläge HASLUND) forekommet Tilfälde af svär Borsyredermatose. Den 55-årige, tertiärsyfilitiske Patient havde länge lidt af en kronisk cystopyelonephritis, mod hvilken en Homoeopat ordinerede en Borsyreoplösning (20—750); i Löbet af nogle Måneder fortärede Pat. 80 Gm Borsyre. Pat. led da af en nästen generel exfoliativ Erytrodermi, udgående fra cirkumpiläre Affektioner, samt af en neuritis optica. I Löbet af henimod 3 Uger helbrededes Pat. (Pudring, Kinin).

R. Bergh.

Obstetrik och gynekologi: C. M. ULLMAN: Hafvandeskap i ett rudimentärt, ofullständigt kanaliseradt uterushorn. — DREJER: Om den obstetriciske Behandling af Puerperaleklampsien. — OSCAR SEMB: En kritisk Fremstilling af Uterindeviationernes patologiske Betydning. — K. A. WALTER: Gynekologisk kasuistik.

C. M. ULLMAN: **Hafvandeskap i ett rudimentärt, ofullständigt kanaliseradt uterushorn.** Göteborgs läkaresällsk. förhandl. 1896, s. 97.

Hos patienten, som förut genomgått en normal partus, upphörde plötsligen fosterrörelserna i 2:dra graviditetens 7:de månad. Sedan dess sjuk; 3 månader senare blödning. Småningom minskning af buken, feber. 11 månader efter sista menstruationen konstaterades: Patienten mager, mammæ slappa, buken ojämnt uppdrifven, fosterhufvud kännes. Per vaginam portio vaginalis fast och liten, uterus liten, fundus åt höger, modermunnen med jämna kanter, något öppen, sond 6 cm. Högra äggstocken ej känbar, vänstra fornix nedskjuten, fyld af en elastisk svulst, ej skiljbar från fostrets sätes-ände. Diagnos: ektopisk graviditet. Vid laparotomi anträffades fosterkroppen tätt under peritoneum utan tydlig fruktsäck därstädes; fostret uttogs lätt, hvarvid omentet, som upptill bildade fruktsäcken, medföljde. Placenta löstes lätt och öfvergick omärkligt i hvad som fans af hinnor, hvilka utbredde sig åt

höger och på bukväggen, upptill sammanhängde med omentet och hade sitt fäste dels och hufvudsakligen i den fasta massa, som känts i fornix, dels ut mot högra bäckenhalfvan. Nedersta delen af ägghålan utgjordes af en från vänstra sidan af lifmodern utgående, tjock muskelmassa, på hvars yttre sida tuba och ovarierna hade sitt fäste; något lig. rotundum dock ej påvisbart. Stumpen amputerades, pedunkeln fixerades extraperitonealt enligt HEGAR. Fostrets längd 44 cm., vikt 1,650 gm. Omkrets af det amputerade stycket vid öfre änden 24 cm., vid amputationsstället 18, dess höjd 6,5 cm. Muskulaturen skör, sönderfallande, från dess botten går en 2,5 cm. lång, fin kanal, som slutar blindt; där nedom ingen antydan till kanal. Strax ofvan amputationssnittet sitter ovariet med sin tuba, båda af normalt utseende, tuban permeabel hela vägen utom i den interstitiela delen, där knappsonden möter motstånd.

Fallet förlöpte lyckligt, och 2 år senare genomgick patienten en normal partus.

Köster.

DREJER: **Om den obstetricicske Behandling af Puerperaleklampsien.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1896, S. 885—905.

Bortset fra de Farer, som DÜHRSENs Metode frembyder, forlanger den også en vis Övelse og teknisk Färdighed, hvorover ikke enhver Läge råder, medens den ublodige Dilatation i Almindelighed ikke vil frembyde uoverstigelige Vanskeligheder.

Ifölge Forf. er Kolpeurynter-Metoden god i og for sig selv, men ikke meget praktisk i Norge på Grund af de betydelige Temperaturvexlinger. Han foreslår derfor manuel Dilatation i dyb Narkose.

Dette udförtes i 3 Tilfälde (1 I-para der döde, 2 pluriparæ der kom sig) og kan opnåes först ved Hjälp af HEGARs Stave eller andre Dilatatorier og dernäst med Fingeren, indtil orific. ext. har en Diameter af 3 Cm., hvorefter Vending efter BRAXTON HICKS. En Fod förtes ned i Skeden, idet Hinderne sprängtes. Förend Udträkning foretoges, blev Modermunden lidt efter lidt dilateret til en Diameter af omtr. 8 Cm., idet der med en Finger af den ene Hånd, der bragtes ind over den stramme Rand, blev trukket afvexlende i forskellige Retninger, snart til Siderne, snart fortil eller bagtil, medens der samtidig med den anden Hånd blev trukket på den nedhentede Fod, i modsat Retning. Efter at tilsträkkelig Dilatation var opnået, foretages Udträkning på vanlig Måde.

Under Operationen föltes i intet af Tilfäldene Sammenträkninger i Livmoderen förend, umiddelbart efter at Barnet var födt, da Organet kuglede sig som efter en almindelig Födsel. For at hindre Slappelse fjärnedes placenta med Hånd i Livmoderen umiddelbart efter at Barnet var afnavlet, hvorefter uterus omtr. 1 Time efter komprimeredes bimanuelt. Blödningen meget liden.

OSCAR SEMB: **En kritisk Fremstilling af Uterindeviationernes patologiske Betydning.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1897, S. 873—894.

Forf. giver en Oversigt over de forskellige Anskuelser, som har väret fremsat om Betydningen af Uterusdeviationerne og de Slutninger, man kan drage til Forståelsen og Behandlingen af disse Tilstande.

K. A. WALTER: **Gynekologisk kasuistik.** Göteborgs läkaresällsk. förhandl. 1896, s. 85.

Kort redogörelse för följande fall:

1) *Cervikalkancer, uppkommen intra graviditatem.* Partus provocatus med därpå följande vaginal hysterektomi. Hälsa. Pat. var en 32-års kvinna, VII-para.

2) *Oophoritis dextr. jämte vänstersidig atretisk uterushalfva. Laparotomi. Volvulus af ileum. Död.* Sektionen visade ingen förbindelse mellan den atretiska uterushalfvan och den till höger liggande lifmodern.

3) *Vaginalsarkom. Exstirpation af vänstra vaginalhalfvan* hos en 19-årig kvinna med blödningar sedan 9 månader. Död 1 månad senare af lungmetastas.

4) *Cystosarcoma ovarii sin. Marsurpialisation. Död* på grund af hjärtsvaghet 9 dagar efter operationen. I fallet funnos talrika adherenser.

5) *Hystero-epilepsi vid sklerocystiska ovarier. Kastration. Hälsa.* Då hos en 28-årig kvinna status epilepticus hotade, företogs kastration. Under första året efter operationen två gånger för sinnessjukdom i omkring 4 månader vårdad å hospital. Är sedan dess (operationen skedde för 5 år sedan) frisk.

6) 7) *Två fall af resp. ovarial- och parovialcysta,* opererade med godt resultat.

Köster.

Pediatrik: Axel Johannesen: Lokal Asfyxi, kombineret med Funktionsforstörrelser fra Hjärnens Side. — Axel Johannesen: Sarcoma pelvis hos et 11 Måneder gammelt Pigebarn. — Adolph Meyer: Engelske Börnehospitaler.

AXEL JOHANNESEN: **Lokal Asfyxi, kombineret med Funktionsforstörrelser fra Hjärnens Side.** (Med koloreret Planche.) Norsk Magaz. for Lägevid. 1897, S. 1—11.

Et 2 År gammelt Guttebarn begynder ved tilsyneladende Foranledning at skrante.

Efter 2 Måneders Forlöb begyndte begge Födder at svulme op, blev kölige, erholdt en rödlig Farve, blev Säde for Knuder. Tilstanden erkläredes af Läge for Knuderosen.

Nogen Tid efter kom der på truncus et Exantem, bestående af »hidsige, röde Prikker». Det var stärkt klöende, har holdt sig hele Tiden, men ikke altid väret lige fremträdende. 14 Dage à 3 Uger efter Exantemets Opträden på truncus begyndte Händerne at svulme op, Fingrene blev tykke og tillige med Håndfladerne stärkt röde og klöende, nogen Tid senere indträder Afskalling af Huden i plantæ og palmæ.

På samme Tid som Födderne antog en blålig Farve, begyndte Pat. lidt efter lidt at blive slap, kunde neppe holde Hovedet oprejst, glemte at gå, vilde helst ligge; talte nästen aldrig, men sutrede og gräd eller skreg.

Efter 4 til 5 Måneder gik de sygelige Symptomer tilbage. Barnet blir roligt og begynder fra Tid til anden at tale. Det begynder også at krabbe på fire, at sidde oprejst og interessere sig for Omgivelserne. Også Talen vendte tilbage.

Fuldkommen Helbredelse indtrådte efter en Varighed af Sygdommen af 14 Måneder.

Laache.

AXEL JOHANNESEN: **Sarcoma pelvis hos et 11 Måneder gammelt Pigebarn.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1897, S. 285—295.

Pat. var et 11 Måneders Pigebarn, der fremböd Vanskeligheder ved Defäkation og Urinladning; der måtte kateteriseres. Strax efter Indkomsten d. 12te Avgust 1896 konstateredes i det lille Bäkken ved Rektalexploration en tumor på venstre Side i Hulningen af os sacrum, sträkkende sig til tuber ischii og til os coccygis. Udsträkningen opad lod sig ikke sikkert bestemme. I Löbet af 2 til 3 Uger tiltog Svulsten betydelig i Störrelse, så den til Slutning nästen opfyldte hele det lille Bäkken. Döden indtrådte 4 September. — Ved Sektionen fandtes extraperitonealt en knytnäfvestor tumor mellem rectum og os sacrum, opfyldende hele det lille Bäkken og trykkende Organerne bagfra fortil mod Symfysen. Svulsten syntes at udgå fra Bindevävet og hängte ikke på noget Sted sammen med det lille Bäkkens Ben eller Orga-

nerne i samme. Den bestod af en grålig medullär Masse og viste sig mikroskopisk at bestå af runde og ovale storkjärnede Celler. Den var meget karrig, isär indeholde den talrige Lymfekar (sarcoma globocellulare lymphangiectaticum).

ADOLPH MEYER: **Engelske Börnehospitaler.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 8, S. 330.

Forf. giver heri en Oversigt over, hvad han så i Londons Börnehospitaler under et flere Måneders Ophold. Särlig Omtale skänkes de tuberkulöse Sygdomme og Ernäringssygdomme, samt de forskellige Metoder for den kunstige Ernäring af Småbörn.

G. G. Stage.

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi: P. BERGMAN: Ueber die Reflexerregbarkeit der Frösche bei Hemmung der Cirkulation. — E. EHLERS: Ignis sacer et Sancti Antonii. — H. JACOBÆUS: Om moderne Medikamenter og medikamentel Terapi. — CHR. GRAM: Kreosotkarbonat og Guajakolkarbonat i store Doser ved Lungetuberkulose. — H. POULSEN: To Tilfälde af icterus catarrhalis efter Brugen af Laktofenin. — A. F. R. HALK: I) Ködpiller, II) Äggesnaps med Smör. — A. F. R. HALK: Tyggepastiller.

P. BERGMAN: **Ueber die Reflexerregbarkeit der Frösche bei Hemmung der Cirkulation.** Zur Beleuchtung der central-nervösen Wirkungen der Herzgifte. (Aus dem physiol. Laboratorium des Carolinischen Instituts.) Skandinav. Archiv f. Physiologie, bd VII (1897), s. 198—221.

Efter upphäfvande af cirkulationen hos grodor förlamas centrala nervsystemets reflexretbarhet hastigt (på omkr. 30—50 min.). Digitalia påverkar reflexretbarheten blott sekundärt, genom hämning af cirkulationen; helleboreïn däremot ökar först (i måttlig dos) centrala nervsystemets reflexretbarhet, verkar därefter (vid större doser direkt) förlamande på den samma. »Koksaltgrodorna» torde icke kunna anföras som bevis emot, att centrala nervsystemets retbarhet hos grodor är i hög grad beroende af blodtillförseln; utspolas de grundligt, så dö de snart. I fråga om åtskilliga intressanta detaljer hänvisas till originalet.

C. G. Santesson.

E. EHLERS: **Ignis sacer et Sancti Antonii.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 8, S. 324.

Som Tilläg til en tidligere Afhandling (1895) meddeler Forf. nogle historiske Oplysninger om fordums Tilvärelse af Antoniter-Klostre i Angeln (Slesvig) og i Præstö (Sjælland), så vel som i Norge. Existensen af Antoniter-Klostre i Skandinavien i Middelalderen skulde da tale for Forekomsten af tidlige Ergotismeepidemier, om hvilke Historien intet har berettet.

R. Bergh.

H. JACOBÆUS: **Om moderne Medikamenter og medikamentel Terapi.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 8, S. 110 og 179.

Forf. omtaler först den Måde, hvorpå nu til Dags — väsentlig på Foranledning af tyske Fabrikker — kemiske Produkter på basis af nogle få Dyreforsög kastes ud på Markedet som Medikamenter, og advarer mod kritiklös Brug af disse Stoffer. Herefter fölger en omhyggelig samlet Fremstilling af de nye Medikamenter, som ere fremkomne i de sidste 4—5 År, ordnede efter Stoffernes kemiske Konstitution, samt Omtale af nye Indikationer for Anvendelse af nogle äldre Lägemidler.

Forf. omtaler ved de forskellige Stoffer deres Udseende, Oplöselighedsforhold, Dosis, de opstillede Indikationer for deres Anvendelse samt det Resultat, man er kommen til ved deres Anvendelse i Kliniken. End videre anförer han de Bivirkninger, man har fundet ved forskellige af disse Stoffer.

Forf. meddeler herunder fra Kommunehospitalets 3dje Afdel. et Tilfälde, hvor Laktofenin, anvendt i ringe Dosis (1 Gm dagl.), efter Brugen af 14½ Gm gav icterus.

Ved Omtalen af Sekalepräparaterne kritiserer Forf. Brugen af Sekale ved Blödninger, som ikke hidröre fra uterus, og stiller sig tvivlende overfor deres Nytte.

Afhandlingen slutter med en alfabetisk Fortegnelse over de omtalte Stoffer.

Johannes Bock.

CHR. GRAM: **Kreosotkarbonat og Guajakolkarbonat i store Doser ved Lungetuberkulose.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 797.

Forf. giver först en Fremstilling af de omtalte Stoffers kemiske Sammensätning og anförer dernäst de Forsög, han har anstillet. Han har givet indtil 18 Gm Kreosotkarbonat daglig og har aldrig iagttaget Forgiftningssymptomer. Selv hos Patienter med nephritis har Midlet ikke gjort Skade.

Som Resultatet af sine Undersögelser angiver Forf., at i Flertallet af Tilfäldene synes Bedringen at väre indtrådt hurtigere og at väre mere vedholdende ved denne Behandling end ved Kreosot i almindelige Doser; men han har iagttaget, at selv meget store Doser ikke ere i Stand til at hindre det stormende Forlöb af en phthisis.

Johannes Bock.

H. POULSEN: **To Tilfälde af icterus catarrhalis efter Brugen af Laktofenin.**

Forf. har i 2 Tilfälde efter Brugen af Laktofenin iagttaget icterus catarrhalis. I det ene Tilfälde var der brugt 12 Gm Laktofenin i Löbet af 8 Dage, i det andet (Forf. selv) 5½ Gm i Löbet af 4 Dage. Der formenes ikke samtidig at väre forekommet Tilfälde af icterus på det pågäldende Sted.

Johannes Bock.

A. F. R. HALK: I) **Ködpiller, II) Äggesnaps med Smör.** Ugeskr. for Läger, R. 5, Bd 4, S. 562.

A. F. R. HALK: **Tyggepastiller.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 641.

Johannes Bock.

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi: G. BASCH: ASKLEPIADES fra Prusias (Kios) og den metodiske Skole. — JUL. PETERSEN: Anatomen og Kirurgen SOPHUS AUGUST VILHELM STEIN — JUL. J. WIBERG: AMBROISE PARÉ og hans Behandling af Skudsår. — ZAHRTMANN: En Annonce. — ALFRED BENZON: D:o d:o. — S. MEYER: D:o d:o. — EHLERS: Uretral (Gantzel). — —d: Lägernes professionelle Rejser. — —n: D:o d:o. — RENDTORFF: d:o d:o. — Dr. C. i Z: D:o d:o. — X + Y: Professionelle Annonceringer. — A. ROVSING: Kollegialt. — S. MEYER: D:o. — *Spektator:* Den almindelige danske Lägeforenings 24de Möde. — Lägernes Forsikringsforening. — BORCH: Den almindelige danske Lägeforening 1857 —1897. — Lägestandens godgörende Institutioner. — V. DETHLEFSEN: Sygekassesagens Udvikling i Ringköbing Amt. — HANS KAARSBERG: Nogle Bemärkninger, fremkaldte ved Distriktsläge DETHLEFSENs Foredrag i Ringköbing. — RENDTORFF: Sygekassesagens Udvikling. — BORCH: Sygekasser for velstillede. — DREYER: Indledende Foredrag til Diskussionen om Sygekasser for velstillede ved Lägemödet i Fredericia. — Ö + Y: Kongressen i Moskwa. — POULSEN (Grenå): Udförelse i Praxis af Epidemilovens § 18. — SADOLIN: Karantänelåge CLOD-HANSEN om Arbejdsstillinger. — CLOD-HANSEN: Om Arbejdsstillinger. — BONDESEN: Årsberetning fra den kgl. Vakcinationsanstalt for Året 1896. — AXEL ULRIK: Om Plejehjem for späde Börn. — H. A. NIELSEN: Om Oldtidens Byhygiejne. Med Diskussion. — Diskussionen om Tuberkuloseloven. — ED. KAURIN: Meddelelser fra en Stipendierejse til Täringsanstalter i Tyskland og Schweitz. — AXEL HOLST: Om den akute Diarrhoes Årsagsforhold. — FRANCIS HARBITZ: Årsagsforholdene ved Tyfusepidemien i Kristiania Hösten 1896. — ANDR. BÆCKER: Epidemi af akut Muskelrevmatisme. — R. TORKILDSEN: Tyfoidfeber og Melken.

G. RASCH: **Asklepiades fra Prusias (Kios) og den metodiske Skole.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1896, S. 416—463.

Som ASKLEPIADES's Födested angives almindelig Prusa i Bithynien; men Forf. antager, stöttet på et psevdo-Galensk Skrift, at det snarere var Prusias, som oprindelig hed Kios. PLINIUS's Beretning om A's Opträden i Rom og hans Uvidenhed i Lägekunsten, gendrives; af andre Kilder vides, at A. för sin Ankomst til Rom havde praktiseret som Läge både i Lilleasien og i Gräkenland. Han var Stifter af det förste solidar-patologiske System og tog herved sit Udgangspunkt i de atomistiske Filosofers Läre; dog anså han ikke Atomerne for udelbare og ligeartede, men foranderlige og fulgte heri HERAKLEIDES PONTIKOS. — Sygdom opstår ved Forstyrrelse af Forholdet mellem Atomerne og Rummene mellem dem (Porerne, Gangene), og for det meste er det en Stase og Opdyngning af Atomerne, som bevirker sygelige Tilstande. — Behandlingen måtte altså gå ud på at häve Obstruk-

tionen i Porerne og skaffe Atomerne sit uhindrede Löb, og dertil brugte A. Massage (som hvis egentlige Opfinder han ifölge CELSUS bör anses), aktive og passive Bevägelser, Bade o. s. v., medens han gjorde liden Anvendelse af Medikamenter. — Hans talrige Skrifter er tabte; men en Del Fragmenter findes i senere Forfatteres Värker og meddeles i Afhandlingen.

Den *metodiske Skole* er stiftet af ASKLEPIADES's Discipel THEMISON. Denne tog intet Hensyn til Atomerne, men lagde Vägten kun på Porernes (Gangenes) Beskaffenhed; af deres abnorme *Sneverhed* eller *Udvidning* (Striktur-Solution: Metodikernes såkaldte Kommuniteter) afhang alle Sygdomme. Til Ätiologi, Sygdommens Säde, individuelle Forskelligheder toges intet Hensyn. Behandlingen bestod i at anvende *slappende* Midler mod Striktur, *adstringerende* mod Solution. Mod de mere hårdnakkede kroniske Lidelser anvendtes den såkaldte metasynkritiske eller cykliske Kur, hvilken närmere beskrives i Afhandlingen. GALENs Fremstilling af det metodiske System og PLINIUS's Beretning om Lägeforholdene i Rom meddeles; ligeledes anföres, hvad man ved om en Del Metodikere, hvis Navne er bevarede. Metodismens Spor indigennem Middelalderen forfölges og ALPINIs Forsög i det 17de Årh. på at rehabilitere den omtales; der meddeles også i denne Anledning en Del Ytringer af BAGLIVI. Det JOHN-BROWNske Systems ydre Lighed med Metodismen påpeges.

G. Rasch.

JUL. PETERSEN: **Anatomen og Kirurgen Sophus August Vilhelm Stein.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 713.

Foruden en Skildring af STEINs Liv og Virksomhed meddeles der tre af STEIN i sin Tid holdte, ikke tidligere trykte Indledningsforedrag.

Jul. Petersen.

JUL. J. WIBERG: **Ambroise Paré og hans Behandling af Skudsår.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 8, S. 269.

Afhandlingen giver en smuk Fremstilling af AMBROISE PARÉs Liv og hans Behandling af Skudsår.

Jul. Petersen.

ZAHRTMANN: **En Annonce.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 749 og 816.
ALFRED BENZON: » » » » » » 775.
S. MEYER: » » » » » » 815.
EHLERS: **Uretral (Gantzel).** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S: 799.

En Läge havde i en Annonce anbefalet et Arkanum og henvist til et bekendt farmacevtisk Firma, som fralägger sig Ansvar for og Del i denne af flere Indsendere påtalte Fremgangsmåde.

Ax. Ulrik.

—d: **Lägernes professionelle Rejser.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 707.
—n: » » » » » » » » 790 og 847.
RENDTORFF: » » » » » » S. 845.
Dr. C. i Z: » » » » » » » 846.

Ax. Ulrik.

X + Y: **Professionelle Annonceringer.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 795.

Forsvar for mådeholden Benyttelse af Avertering i Dagspressen.

Ax. Ulrik.

A. ROVSING: **Kollegialt.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 703.
S. MEYER: » » » » » » 765.

Fortsat Diskussion om Voldgift i kollegiale Stridsspörgsmål.

Ax. Ulrik.

Spektator: **Den almindelige danske Lägeforenings 24de Möde.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 797.

Kritiske Bemärkninger om Mödets Program.

Ax. Ulrik.

Lägernes Forsikringsforening. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 816.

Opfordring til at indiräde i denne Forening, stiftet 1891 med det Formål gennem samlet Livsforsikring, i Fölge Overenskomst med Selskabet »Winterthur», at opnå visse Fordele for de forsikrede. Medlemstallet er nu 250.

Ax. Ulrik.

BORCH: **Den almindelige danske Lägeforening 1857—1897.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 803.

Oversigt over Foreningens Virksomhed og Udvikling i det nävnte Tidsrum. Medlemsantallet er nu 922, medens Antallet af Läger i Danmark er mellem 1300 og 1400.

Ax. Ulrik.

Lägestandens godgörende Institutioner. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 813.

I Anledning af Lägemödet i Fredericia gives en kort Statusopgörelse for »de danske Lägers Hjälpeforening» (Medlemstal 471, Formue 112 000 Kr. og 46 000 i Legater), »Understöttelsesforeningen for danske Lägers trängende Enker og forädrelöse Börn» (Medlemstal 550, ingen Formue), »Friboliger for Lägeenker» (ejer 2 Ejendomme med 4 Friboliger), »Lägernes Enkekasse» (280 Medlemmer, Formue 272 700 Kr. og 153 300 Kr. i Legater) og »de danske Lägers Sygekasse» (223 Medlemmer).

Ax. Ulrik.

V. DETHLEFSEN: **Sygekassesagens Udvikling i Ringköbing Amt.** Ugeskrift f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 601.

Sygekassesagens stärke Udvikling, som begunstiges af Loven om anerkendte Sygekasser af 1892, berörer Lägernes Interesser på mange Måder og gör en fälles Opträden af Lägestanden önskelig. Alene i Ringköbing Amt findes nu 60 Sygekasser; 47 af disse have tilsammen 5 072 Medlemmer og omfatte med Familjer omtr. 12 680 Individer, som nyde godt af Lägernes Rabat, som er 20 % af Lägernes Minimumstaxter. Derved opstår et Tab af Indtägter, som dog måske noget opvejes ved, at Kasserne fortriusvis have Tilgang fra en Samfundsklasse, som ellers ikke er i Stand til at skaffe Lägestanden nogen Fortjäneste. Forskellige Forslag til Forholdsregler fra Lägernes Side fremsättes.

Ax. Ulrik.

HANS KAARSBERG: **Nogle Bemärkninger, fremkaldte ved Distriktsläge Dethlefsens Foredrag i Ringköbing.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 817.

RENDTORFF: **Sygekassesagens Udvikling.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 842.

Diskussion i Anledning af DETHLEFSENs Artikel.

Ax. Ulrik.

BORCH: **Sygekasser for velstillede.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 827 og Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 841.

Meddelelse fra alm. danske Lägeforenings Bestyrelse, at Lägemödet har vedtaget, at det ikke anerkender den i Ringstedegnen stiftede »Sygeforening» for ligestillet med bestående Sygekasser og derfor ikke kan anbefale de lokale Läger at give denne eller lignende Foreninger nogen Rabat på Lägehjälp.

Ax. Ulrik.

DREYER: **Indledende Foredrag til Diskussionen om Sygekasser for velstillede ved Lägemödet i Fredericia.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 834.

En fra Gårdmandsklassen i Ringstedegnen udgået Bevägelse har fört til Dannelse af en Sygekasse, som kräver en meget betydelig Rabat som Betingelse for Engagement af Läger. Disse indankede Sagen for den lokale Kredsforening, som atter forlangte den forelagt for den alm. danske Lägeforening. Sygekassen önsker Svar inden 1ste September og forbeholder sig, såfremt Overenskomst ikke nås, da at söge tilvejebragt »anden Lägehjälp».

Ax. Ulrik.

Ö + Y: **Kongressen i Moskwa.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 709.

En Indsender kräver en Redegörelse for Anvendelsen af de Rejsestipendier, som af Rigsdagen ere bevilgede til danske Deltagere i Kongressen. *Ax. Ulrik.*

POULSEN (Grenå): **Udförelse i Praxis af Epidemilovens § 18.** Ugeskr f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 628.

Redegörelse for Foranstaltninger, som i givne Tilfälde ere trufne for at forhindre Udbredelse af Smitte ved Salg af Mälk fra smittede Steder.

Ax. Ulrik.

SADOLIN: **Karantäneläge Clod-Hansen om Arbejdsstillinger.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 697.

CLOD-HANSEN: **Om Arbejdsstillinger.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 5, S. 748.

Nogle af CLOD-HANSEN fremsatte kritiske Bemärkninger under en Diskussion i Medicinsk Selskab om Värdien af det af Slöjdlärer AXEL MIKKELSEN beskrevne System af Arbejdsstillinger underkastes en närmere Dröftelse af SADOLIN, som finder dem lidet träffende. CLOD-HANSEN präciserer närmere sine Indvendinger, som i Hovedsagen gå ud på, at det ikke gälder om at udfinde andre Arbejdsstillinger end dem, som nu en Gang falde Arbejderne naturligst, men om at skaffe bedre Värktoj, kortere Arbejdstid og sådanne Lettelser, som Arbejdernes Alder, Kön og Helbred kräve.

Ax. Ulrik.

BONDESEN: **Årsberetning fra den kgl. Vakcinationsanstalt for Året 1896.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, S. 665.

Af 77 indpodede Kalve viste 9 sig syge, hos 8 fandt intet Anslag Sted; de övrige 60 gave 404 Gm Råstof, der udbragtes til 130 320 Portioner Vakcine. I den varmeste Tid af Sommeren var Vakcinens Holdbarhed mindre god og sväkkedes yderligere ved Forsendelsen. Der foreligger Meddelelse om Resultaterne af 39 901 offentlige Vakcina tioner med animal Vakcine; positivt Anslag indtraf i 91,28 % af disse.

Ax. Ulrik.

AXEL ULRIK: **Om Plejehjem for späde Börn.** Tidsskr. f. Sundhedspleje, R. 1, Bd 6, S. 107.

Fordelene ved späde Börns Anbringelse i Enepleje fremhäves med en Afhandling af HEUBNER som Udgangspunkt. En meddelt Statistik for de ni År, i hvilke Plejehjemmene i Köbenhavn have väret underkastede Sundhedskommissionens Tilsyn, viser en betydelig Aftagen af Dödeligheden blandt späde Plejebörn, särlig af Dödsfald på Grund af Sygdomme i Fordöjelsesorganerne. Tilsynet har besträbt sig for at göre Enepleje, specielt for späde Börn, til Regel og tillader kun undtagelsesvis flere Börns Anbringelse i samme Hjem.

Ax. Ulrik.

H. A. NIELSEN: **Om Oldtidens Byhygiejne.** Tidsskr. f. Sundhedspleje, R. 1, Bd 6, S. 49. *Med Diskussion.* Det köbenhavnske medic. Selskabs Forhandl. 1896—77, S. 62.

Efter historiske Kilder beskrives Vandforsyning, Aflöbsforhold, offentlig Renlighed m. m. i Babyloniernes, Assyrernes, Jödernes, Ägypternes.

Gräkernes og Romernes store Byer. Sluttelig vises, hvorledes Byhygiejnens höje Standpunkt hos Oldtidens Folk aflöses af fuldständigt Forfald i Middelalderen; först i de sidste 4 til 5 Decennier har vor Kulturperiode på dette Område nået et Resultat, som kan jävnföres med Oldtidens. Angående Enkelthederne, som ikke lade sig referere i Korthed, henvises til Afhandlingen.

Ax. Ulrik.

Diskussionen om Tuberkuloseloven. Det medic. Selskabs Forhandl., Kristiania 1896—97.

Som Grundlag for Diskussionen tjente det af Medicinaldirektör HOLMBOE og Overläge KLAUS HANSSEN udarbejdede Lovforslag. Alle rede i 1884 fremsatte Overläge C. F. LARSEN Tanken om specielle Foranstaltninger mod Tuberkulose, udgående fra den Anskuelse, at den var smitsom. Det nu fremsatte Lovforslags vigtigste Punkter er fölgende:

Tvungen Anmeldelse af ethvert Sygdomstilfälde til Sundhedskommissionen, der har at före Tilsyn med de inden hvert Distrikt forekommende syge;

tvungen Indläggelse på Sygehus, når de hygieniske Muligheder i Hjemmet ikke lader sig ophäve;

Desinfektion af Boligen efter Flytning og Dödsfald.

Ved Siden deraf indeholder Lovudkastet en Del specielle Bestemmelser angående offentlige Lokaler, Värksteder, Skoler o. s. v. samt til Slutning et Kapitel om Täringshospitaler, hvilket ingår som et väsentligt Led i de foreslåede Foranstaltninger.

I den vidtlöftige Diskussion, som har sluttet sig til Loveudkastet, har meget forskellige Meninger gjort sig gäldende. At Sygdommen er smitsom, antages af de fleste. Der meddeles Exempler på, at Sygdommen gennem syge Individer var bragt til Bygder, hvor den för var ukendt. Lovudkastet går ud fra, at en af de väsentligste Kilder til Sygdommens Udbredelse er bacilleholdige Afsondringer fra tuberkulöse Individer og retter sine Besträbelser for at uskadeliggöre disse, Synspunkter, der også deltes af de fleste Talere, medens enkelte fastholdt, at vort Kendskab til Udbredelsesmåden endnu var for usikkert til at man kan skride til Lovbestemmelser, hvilke, når det gälder en så udbredt Sygdom som denne, vil ramme en stor Del af Befolkningen.

Det synes dog som om i det medicinske Selskab Lovens Forsvarere var talrigere end dens Modstandere. Disse sidste fremholdt Frygten for, at Loven skulde virke inhumant ved at de tuberkulöse på en Måde offentlig brändemärkedes. Det at väre tuberkulös vilde, som en Taler udtrykte sig, ikke blive en beklagelig Tilstand, Genstand for Medmenneskers Deltagelse, men en Forbrydelse, der skulde forfölges med alle til Lovens Rådighed stående Midler. Herimod indvendtes, at det var en tvivlsom Humanitet, der ikke vilde väre med på at beskytte den sunde Del af Befolkningen mod Smitte. Det var fornemmelig Anmelsespligten, offentlig Kontrol og Tvangsindläggelse på Sygehus, som var Genstand for den största Meningsforskel. Anmeldelserne skulde väre diskretionäre og alene ske til Sundhedskommissionens Ordförer, der er

Läge, ligesom den väsentligste Del af den frygtede Kontrol vilde bestå i at beläre den syge og hans Omgivelser om, hvorledes han kan undgå at blive farlig for sine Medmennesker. Smittefrygten måtte derved snarere tänkes at blive dämpet end öget, en Opfatning, hvorpå Loveudkastets Modstandare dog ikke vilde gå ind.

Desinfektion efter forefaldende Dödsfald akcepteredes af alle. Skulde der derimod også väre tvungen Desinfektion ved Flytning, frygtede flere for, at den syge vilde prostitueres. Måske kunde dette undgåes, om der fandtes Bestemmelser om Desinfektion ved enhver Flytning.

Lyder Nicolaysen.

ED. KAURIN: **Meddelelser fra en Stipendierejse til Täringsanstalter i Tyskland og Schweitz.** Norsk Magaz. for Lägevidenskaben 1897, S. 137—179.

Forf. har i Studieöjemed besögt fölgende Anstalter: Falkenstein, Ruppertshain, Heiligenschwendi, Davos, Görbersdorf, Grabow, Malchow og Blankenfelde.

AXEL HOLST: **Om den akute Diarrhoes Årsagsforhold.** Den norske Lägeforenings Tidsskrift 1897, S. 63.

Efter at have omtalt, at den akute Diarrhoe fremkalder 10—11 % af alle Dödsfald i Kristiania, göres kortelig Rede for den senere Tids Opfatninger af Diarrhoens Ätiologi. Forf. hävder stärkt Sygdommens Infektiösitet, hvorfor også taler den märkelige Aftagen af Spädbörnenes Dödelighed af Diarrhoe i Hamburg efter Indförelsen af Sandfiltre 1893. Man har også set Diarrhoer, der må antages at skyldes pyogene Bakterier som Stafylokokker f. Ex. hos Börn, som dier Mödre med Mastit, eller Streptokokker som i de af Forf. i »Festskrift for Prof. H. HEIBERG» beskrevne Melkeforgiftninger. Den hyppigste Årsag synes dog at väre bact. coli eller Varieteter af denne, der også er fundet som Årsag til flere »Forgiftninger» med Köd o. s. v.

Forf. har undersögt 47 Tilfälde af Diarrhoe, hvoraf Halvparten var »Sommerdiarrhoe». I 5 Tilfälde fandtes ikke bact. coli, i 1 Tilfälde kun Mikrokokker, i de öfrige derimod bact. coli og altid i store Mängder, ligesom der også mikroskopisk i Exkrementerne såes talrigere coli-lignende Stave end normalt. Enkelte Gange fandtes desuden en Del Stave, der farvedes à la Gram, og Mikrokokker.

Af de 41 Tilfälde, hvor bact. coli fandtes, gjordes ved 2 ikke Dyreforsög og ved 3 lette fremkaldte Fodringsforsög på Dyr ingen Reaktion. Resultaterne af Fodringsforsögene med Kulturerne fra de övrige 36 resumerer Forf. således:

A) I 11 Tilfälde, d. e. 23 % af alle undersögte 47 Tilfälde, må det anses for *sikkert*, at de fundne Coli-baciller besad Diarrhoe- resp. enteritväkkende Egenskaber; de fremkaldte tildels hämorragisk Enterit med Död og bact. coli i alle Organer; Forsögene anstilledes väsentlig på Kaniner, men også på Kalve, samt på Mus. Disse Forsög leverede också Bevis for, at visse hidtil lidet kendte Komplikationer fra Urinvejernes Side, der kan opträde under Forlöbet af en akut Diarrhoe.

kan bero derpå, at de enteritväkkende Colibaciller slår sig på Urinvejerne.

Forf. fandt enkelte Varieteter af Colibaciller, der ikke gav Indol eller koagulerede Melk, men kun omdannede denne sidste til en gulagtig, tynd, peptonrig Vädske; denne Varietet stemmer ganske med den af P. F. HOLST beskrevne »Gaustadbacil» og synes også at stemme overens med Bakterierne fra en Del andre beskrevne Ködforgiftninger.

B) I 22, d. e. i omtr. 47 % af de undersögte Tilfälde, må det anses for *sandsynligt*, at de ledsagedes af enteritväkkende Varieteter af bact. coli. Under Forsögene med Kalve kom Forf. lidt efter lidt til den Antagelse, at diarrhoeväkkende Colibaciller overhovedet forekommer meget udbredt i vore Fjös.

I 70 % af samtlige Tilfälde er der altså fundet Varieteter af bact. coli, der er enteritväkkende.

C) I denne Gruppe stiller Forf. et Tilfälde af *primär pyämisk Infektion af Tarmkanalen:* Et 6 Måneders Barn döde efter en ubetydelig slimet Diarrhoe med palbabel Miltsvulst og höj Feber. I Snitpräparat gennem Tyndtarmen med Indhold såes tätpakkede Mikrokokker som ved malign Endokardit; Kulturen gav udelukkende Växt af staphylococcus pyogenes aureus, der var patogen for Mus og Kaniner ved Fodring.

Til Slutning nävner Forf., at han har gjort Forsög med »Coliserum» uden endnu at have fået noget Resultat; derimod har han i nogle Tilfälde af kronisk Diarrhoe (hvorfor der fandtes Kädekokker) set god Virkning af Jodkalium (5 à 7,5 til 250,00, 1 Spiseske 4 G. dagl.); ved akut Diarrhoe såes ingen overbevisende Virkning.

Ustvedt.

FRANCIS HARBITZ: **Årsagsforholdene ved Tyfusepidemien i Kristiania Hösten 1896.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1897, S. 894—937.

Epidemien begyndte i Slutningen af Avgust og angreb fra 27 Avgust til 19 September i alt 95 Personer. Efter en relativt stille Periode optrådte en Rekrudescens i Oktober, således at 146 Individer angrebes fra 15 Oktober til 6 November. Senere i November og i December var Tilfäldene atter mere spredte. Forf. betragter denne 2 Ganges Opblussen indenfor et relativt kort Tidsrum som et for denne Epidemi karakteristisk Träk.

En anden Ejendommelighed lå deri, at Sygdommen i Stedet for at sprede sig over den hele By, lokaliserede sig til visse Punkter, visse Gader, visse Huse og i Särdeleshed til visse lukkede Etablissementer f. Ex. Fängsler, et Hospital o. s. v.

Forf. udelukker Muligheden af en Infektion gennem Drikkevandet väsentlig fordi Sygdommen optrådte i Området for forskellige Vandledninger og konkluderer med at Melken er Infektionens Vehikel.

Det fremgår af Undersögelserne, at alle Etablissementer, hvor Sygdommen herskede, fik sin Melk fra en og samme Kilde. Derimod lod der sig ikke påvise, hvorfra Melken igen var blevet inficeret. Men når man betänker, at Melken ofte kommer til Hovedstaden fra langt

bort liggende Distrikter er det forståeligt, at Melkens Infektion kan have fundet Sted på forskellige Måder.

Ved Mangel på Renslighed kan et enkelt Tilfälde af Tyfoidfeber väre tilsträkkelig til at inficere betydelige Kvantiteter Melk.

ANDR. BÆCKER: **Epidemi af akut Muskelrevmatisme.** Beretning til Medicinaldirektören. Norsk Magaz. for Lägevid. 1896, S. 1234—1238.

I Skiens Lägedistrikt samt en stor Del af Bratsbergs Amt optrådte i Juni—Juli 1896 en Epidemi, der karakteriserede sig ved Revmatisme i Muskulaturen på Bryst og abdomen.

Sygdommen begyndte nokså pludselig med temmelig heftige Smerter, der på de nävnte Steder forefandtes såvel fixe som flyttende sig. De tiltog ved Bevägelse og Tryk; ved Säde i Brystkassen kunde de endog fremkalde Åndenöd. Moderat Feber (30°—39,5°), Hovedpine, ofte i Form af Supraorbitalnevralgi, lette Dedolationer. Hududslet påvistes ikke.

Plevrit, isär tör, var hyppig tilstede, også Perikardit, en eller to Gange Pnevmoni og i 2 Tilfälde Orkit. Plevriten optrådte 1ste eller 2den Dag. Sygdommen varede 3 til 6 Dage, men Recidiv var nokså hyppig, isär så fremt Pat. under Rekonvalescensen for tidlig gik ud eller optog sit Arbejde.

Om eventuel Smitsomhed er det vanskelig at udtale sig på Grund af dens store og hurtige Udbredelse. I et eller to Tilfälde syntes imidlertid Overförelse fra Individ til Individ at måtte antages med en Inkubation af 1 til 2 Dage.

Der er kendt 470 Tilf., men i Virkeligheden har der väret langt flere, men som ikke er kommet til Lägernes Kundskab.

På flere Gårde måtte man afbryde Höindhöstningen på Grund af Sygdom hos Folkene.

DAAE har i 1872 i Magazinet beskrevet en analog Epidemi under Navn af kontagiös epidemisk Muskelrevmatisme.

S. L.

R. TORKILDSEN: **Tyfoidfeber og Melken.** Medicinsk Revue 1896.

Forf. omhandler Betydningen af Melken som Årsagsmoment til Udbredelse af Tyfoidfeber. Han anförer som Exempel herpå en i Bergen stedfunden Epidemi, der svarer til UFFELMANNs Ord, »at en Tyfoidepidemis Distrikt i Regelen vil däkkes af det tilsvarende (Vandeller) * Melkeleveranceområde».

* Parenteserne tilföjet her.

Berättelser från sjukvårdsanstalter: Kysthospitaiet på Refsnäs. 21de Årsberetning for Året 1896. — Beretning om Virksomheden i Dronning Louises Börnehospital og de med samme forbundne offentlige Polikliniker i 1896. — LYDER NICOLAYSEN: Meddelelser fra Rigshospitalets pediatriske Afdeling. Beretning om Afdelingens Virksomhed 1893—1895.

Kysthospitalet på Refsnäs. 21de Årsberetning for Året 1896. Fölgeblad til Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 4, Nr 31.

Indeholder de sädvanlige Meddelelser om Kysthospitalets Virksomhed i det forlöbne År.

G. G. Stage.

Beretning om Virksomheden i Dronning Louises Börnehospital og de med samme forbundne offentlige Polikliniker i 1896. Köbenhavn 1897.

Indeholde de sädvanlige Meddelelser om Hospitalets Virksomhed i det forlöbne År.

G. G. Stage.

LYDER NICOLAYSEN: **Meddelelser fra Rigshospitalets pediatriske Afdeling. Beretning om Afdelingens Virksomhed 1893—95.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1896, S. 1218—1224.

Der omtales särlig de anvendte Ernäringsmetoder (HEUBNER, STEFFENS, NESTLE, RIEDERT, kondenseret usukret Melk af Märke »Viking» fra Toten).

Antallet af Patienter stiller sig således:

Gutter.	Piger.	Sum.	Tilbageliggende.
	1893:		
108	85	193	33
	1894:		
105	73	178	25
	1895:		
97	95	192	43

Poliklinisk er behandlet 3 623 Patienter.

Militär hälsovård: ROLF HERTZ: Brev fra Gräkenland. — ROLF HERTZ: Militärkirurgiske Notitser fra den gräsk-tyrkiske Krig. — AXEL PAULSEN: Meningitis cerebrospinalis epidemica i Köbenhavns Garnison. — C. ULRICH: Om Sundhedsforholdene ved 23. Bataillon, särlig om den epidemiske Opträden af scarlatina og parotitis i Sommerhalvåret 1896. — V. ANDERSEN: Forsög med Forbindingskapsler. — VOGELIUS: Om Forholdet mellem Brystmål og Höjde, belyst ved Målinger af 3 000 värnepligtige. — G. L. BJERRING: Det nye Kaserneetablissement for Gardehusarregimentet på Österfälled. — H. C. VON HARTEN: Om Indretningen af Vaskerum for Mandskabet på Kaserner. — JOH. MÖLLER: Om Sygebärernes Uddannelse og Anvendelse.

ROLF HERTZ: **Brev fra Gräkenland.** Hosp.-Tidende, R. 5, Bd 4, S. 518.

ROLF HERTZ: **Militärkirurgiske Notitser fra den gräsk-tyrkiske Krig.** S. St., S. 577.

Nogle Notitser om, hvad Forf. iagttog under sin Virksomhed som Läge ved den gräske Här, navnlig vedrörende Lasaretterne og de såredes Behandling.

Joh. Möller.

AXEL PAULSEN: **Meningitis cerebrospinalis epidemica i Köbenhavns Garnison.** Militärlägen, Årg. 5, S. 108.

Til Berigtigelse af de gennem Pressen fremkomne fejlagtige Meddelelser om den epidemiske cerebrospinalmeningitis, navnlig at denne Sygdom er egen for Soldater og så godt som udelukkende opträder på Kaserner, giver Forf. nogle statistiske Oversigter, som vise, at den nävnte Sygdom i Tidsrummet 1884—1896 er optrådt i Köbenhavn med 452 Tilfälde, af hvilke kun 41 ere forekomne blandt Garnisonens Mandskab. En närmere Undersögelse af Oversigterne udviser, at Sygdommens Opträden i Garnisonen i de store Träk fölger Svingningerne i Byens Epidemi, og at Sygdommen er optrådt på de fleste af Kaserneme, 21 Gange med et eneste Tilfälde og kun 5 Gange i små Grupper, en Opträden, der synes ganske at udelukke en tilstedevärende Kaserneinfektion (ved Smittekim, beroende i Bygningerne fra tidligere Tilfälde), men naturligst forklares ved stedse ny Import fra Byen og (i de 5 Smågrupper af Tilfälde) ved personlig Smitteoverförelse. — Blandt Sövärnets Mandskab har der i det nävnte Tidsrum väret 14 Tilfälde af epidemisk cerebrospinalmeningitis. — Antallet af Dödsfald har for samtlige 452 Tilfälde i Byen väret 239, d. e. nästen 53 %; af Garnisonens 41 Tilfälde endte 23, d. e. 56 %, med Döden.

Joh. Möller.

C. ULRICH: **Om Sundhedsforholdene ved 23. Bataillon, särlig om den epidemiske Opträden af scarlatina og parotitis i Sommerhalvåret 1896.** Militärlägen, Årg. 5, S. 185.

Af *Skarlagensfeber* viste sig 15 Tilfälde, deraf 11 i de sidste to Tredjedele af Maj. Tilfäldene vare i det hele ikke sväre, og der ind-

traf intet Dödsfald. Sygdommens Forlöb og Udbredelsesmåde, dens Vedhängen ved et enkelt Kompagni gav den et afgjort Präg af en Epidemi. Forf. meddeler udförlig de sanitäre Foranstaltninger, der bleve trufne i Anledning af denne Epidemi, af hvilke särlig skal fremhäves det 2 Gange ugentlig foretagne Eftersyn af Mandskabet i afklädt Stand, Indläggelse på Garnisonssygehuset af ethvert mistänkeligt Tilfälde, en gennemgående og grundig Desinfektion samt Bataillonens Udflytning i Lejr på Österfälled d. 22 Maj. Allerede efter 3 Ugers Varighed havde Sygdommen mistet sin epidemiske Karakter; i Juni—Avgust viste sig kun 4 Tilfälde. — *Fåresyge* optrådte i April med et enkelt Tilfälde; först 5 Uger efter, midt i Maj, begyndte en epidemisk Udbredelse, der hurtigt blev betydelig; i Maj angrebes 55, i Juni 45, i Juli 4 og i Avgust 1, i alt 106 af Bataillonens 568 Mand; Sygdommen var godartet, medförte ingen Dödsfald, ingen Recidiver, 13 Gange orchitis. — Ligesom ved Skarlagensfeberen tydede Epidemiens hele Form og Karakter på Sygdommens Opståen og Udbredelse alene ved Smitte, ikke på nogen Kaserneinfektion. — Bägge Sygdommes epidemiske Karakter ophörte hurtigt efter Bataillonens Udläggelse i Lejr, en Foranstaltning, der, som det närmere påvises, efterfulgtes af en betydelig Aftagen af Sygeligheden i det hele. — Sluttelig fremhäver Forf. den betydelig större Tilböjelighed hos Landboerne til at angribes af epidemiske Sygdomme, idet der af samtlige disse Sygdomme forekom forholdsvis 3 Gange så mange Tilfälde hos Landboerne som hos Köbenhavnerne; af Mäslinger og Fåresyge angrebes kun hine, ingen af disse.

I et Tilläg omtaler Forf. flere hygiejniske Foranstaltninger, der bleve trufne i Lejren på Österfälled under Bataillonens Udlägning der, nemlig Badningen, der skete ved Overspröjtning fra Bataillonens Spröjte i et dertil indrettet Telt, Latrinerne, hvortil benyttedes Tönder, der desinficeredes med Klorkalk, Pissoirerne, der ligeledes bestode i Tönder, fyldte med Törveströelse, som nogenlunde borttog Lugten, og den ved Bataillonen oprettede Fälleshusholdning med en Forplejning, der viste sig meget hensigtsmässig.

Til foranstående som Foredrag i Militärlägeforeningen meddelte Afhandling sluttede sig en *Diskussion*, af hvilken et Resumé er givet i »Militärlägen», Årg. 5, S. 210. Denne Diskussion angik väsentlig Årsagerne til den forholdsvis store Sygelighed, som i en Årräkke har vist sig i den med 2 Infanteriregementer belagte Sölvgadens Kaserne. BONDESEN hävdede sin tidligere fremsatte Formening, at Årsagen til denne Sygelighed for en väsentlig Del måtte söges i Kasernen selv. Mod den heraf udledede Antagelse, at Kasernen måtte betragtes som inficeret, således at den gemte på forskellige Smitstoffer fra tidligere Sygdomstilfälde, og at dette var Grunden til den store Sygelighed i Kasernen, toge nästen alle Deltagerne i Diskussionen til Orde, idet de fremhävede, at de foreliggende Omständigheder meget mere talte for en Import af Sygdommene ude fra og deres Udbredelse i Kasernen ved Smitte; men der udtaltes tillige fra forskellige Sider, at den uheldigt byggede og indrettede Kaserne måtte antages at begunstige denne Udbredelse. — En väsentlig Betydning som Årsagsmoment for Sygelig-

heden i Sölvgadens Kaserne tillagde KIER (ligesom tidligere) Rekruteringen, idet Landboerne, som udgjorde Hovedbestanddelen af denne Kasernes Belägning, ved statistiske Undersögelser havde vist sig betydelig mere disponerede for Sygdomme og särlig for visse smitsomme epidemiske Sygdomme end Köbenhavnerne, der for en stor Del alt inden den militäre Tjänestetid havde gennemgået disse Sygdomme, og som i det hele vare mere vännede til Hovedstadsforholdene end de för Indkaldelsen til Tjänesten under helt andre Livsvilkår levende Landboere.

Joh. Möller.

V. ANDERSEN: **Forsög med Forbindingskapsler.** Militärlägen, Årgang 5, S. 169.

De så kaldte Forbindingspakker, hvormed i nogle Landes Häre hver Mand påtänkes udrustet i Fälten, har Forf. opgivet som Middel til Selvhjälpsforbinding, der under Kamp skulde benyttes af den sårede Soldat eller en Kammerat, men fastholder dog Anvendeligheden af disse Pakker som en Art Reserve af Forbindingsmateriale, der under Kamp vil kunne benyttes af Sygebärerne og navnlig af Lägerne; en sådan Reserve må anses for önskelig, idet det må befrygtes, at Beholdningen i Kantinetornystren og Kantinen under intensive Kampe med mange sårede snart vil kunne slippe op. Men de tidligere Former for Forbindingspakker tilfredsstille efter Forf:s Formening ikke de Fordringer, der bör stilles til en sådan Pakke, navnlig Pålidelighed og Holdbarhed. Forf. har derfor anset det for heldigere at benytte Metalkapsler til Forbindingspakker, og efter et med sådanne anstillet förste mindre heldigt Forsög, for hvilket göres Rede i Afhandlingen, har han konstrueret en Kapsel af Järnblik med tilloddet Låg, der let åbnes ved en simpel Mekanisme; Indholdet er et Kalikobind og et Stykke Vat; den pakkede og lukkede Kapsel bliver steriliseret. Nogle af disse Kapsler anbragtes forsögsvis på Soldater af forskellige Våbenarter, idet de indsyedes i Frakkens höjre Baglomme og bares her i 4 Måneder; de medförte ingen Gene, viste sig at väre holdbare og ved bakteriologisk Undersögelse at have bevaret deres Sterilitet.

Joh. Möller.

VOGELIUS: **Om Forholdet mellem Brystmål og Höjde, belyst ved Målinger af 3 900 värnepligtige.** Militärlägen, Årg. 5, S. 95.

Efter at have givet en Oversigt over Brystmålingen i de forskellige Arméer og omtalt den forskellige Betydning, der tillägges denne Måling med Hensyn til Bedömmelsen af de värnepligtiges Tjänstdygtighed, og de forskellige Måder, hvorpå den kan udföres, meddeler Forf. Resultaterne af de af ham ved en Session i 1896 efter det danske Regulativ for Bedömmelsen af värnepligtige foretagne 3 900 Brystmålinger. Disse Resultater, der ere närmere oplyste ved Tabeller og Kurver, ere fölgende: 1) Brystomfanget er relativt mindre hos store Folk end hos små, og det aftager stärkt og meget regelmässigt. 2) Expansionen (Forskellen mellem Målene efter fuldendt aktiv dybeste Indånding og efter fuldendt aktiv dybeste Udånding) tiltager både absolut

og navnlig relativt med Legemshöjden. — Altså, når de höje Folk have en smal Brystkasse, have de til Gengäld en större Expansionsävne. Foruden den Betydning, dette Forhold kan have for Bedömmelsen af värnepligtige, er det efter Forf:s Formening også fysiologisk set af stor Betydning. Lungernes Vitalkapacitet (målt ved den Luftmängde, som kan udåndes ved dybeste Expiration) står som bekendt i et nogenlunde konstant Forhold til Legemshöjden; da nu Brystomfanget hos höje Folk er relativt mindre end hos lave og Vitalkapaciteten er mindre for et lavere Brystomfang end for et höjere, så opnås den Vitalkapacitet, der tilkommer vedkommendes Legemshöjde, ved, at Expansionen bliver större.

Joh. Möller.

G. L. BJERRING: **Det nye Kaserneetablissement for Gardehusarregimentet på Österfälled.** Militärlägen, Årg. 5, S. 143.

Byggegrunden er 7½ Td. Land stor og af god Beskaffenhed. Mandskabet er anbragt i 2 treetages Bygninger, 1 (til 120 Mand) for Rekrutterne og 1 (til 108 Mand) for de tjänstgörende; samtlige i Kasernen inkvarterede gifte Underofficerer bo i 2 särskilte Bygninger. Desuden findes 2 Administrationsbygninger, der foruden Kontorer m. m. indeholde Boliger for nogle Officerer, end videre en Bygning for Marketenderi og for Fälleshusholdning, samt en Infirmeri- og Badebygning med Brusebade; end videre en Värkstedsbygning, Stalde, en Gymnastik- og Fägtesal, 2 Ridehuse og flere mindre Bygninger. — Afhandlingen er ledsaget af 2 Planer.

Joh. Möller.

H. C. VON HARTEN: **Om Indretningen af Vaskerum for Mandskabet på Kaserner.** Militärlägen, Årg. 5, S. 117.

Forf. giver en historisk Fremstilling af Kasernevaskerummenes Indretning, der for Tiden er fastsat således: Gulvet i Rummet af Järn og Sten, däkket med Beton og derover et Lag Asfalt; Bordene af Skifer med löse Vadskeskåle, 1 til 2 Vandhaner og Fald mod en Vask. Antallet af Skåle er bestemt således, at 5 Mand ere fälles om én Skål; i den Hast, hvormed Vasken om Morgenen må foretages, er der ofte ikke Tid til en tilsträkkelig Afskylning af Skålen efter hver Bruger, og heri ligger tillige en Fare for Smitteoverförelse; men selv en rigeligere Forsyning, så at hver Mand havde sin Skål, vilde ikke forhindre, at samme Skål brugtes i Fläng af flere. Forf. har derfor foreslået at opgive Skålene og i Steden for dem anbringe en Räkke Bruser over Vaskebordene; herved opnås Sikkerhed for, at hver Mand kommer til at vaske sig i rent Vand, og at Vaskningen kan blive grundig. Sådanne Bruser ere forsögsvis anbragte på to Kaserner og befundne meget hensigtsmässige. Under Vaskebordene er der anbragt lignende Bruser, bestemte til Fodvask, ved hvilke det bliver muligt at skaffe Mandskabet en lettere Adgang tll den isär for Fodfolksafdelinger så nödvendige Fodpleje. — Forskellige Enkeltheder ved de ommäldte Bruser omtales närmere og oplyses ved en Tegning.

Joh. Möller.

JOH. MÖLLER: **Om Sygebårernes Uddannelse og Anvendelse.** Militärlägen, Årg. 5, S. 87.

Foruden de egentlige Sygebärere, hvis Anvendelse under Kamp herefter väsentlig vil blive indskränket til ved Hjälp af Sygebåren at skaffe de sårede hurtigst muligt bort fra Kamppladsen, bliver der fremtidig (i Fölge Bestemmelser, der findes meddelte oven anf. Sted, S. 131) ved den danske Här uddannet *Sygehjälpere*, d. e. dertil egnede menige, der årlig udtages af det våbenövede Mandskab for i omtr. en Måned at gennemgå en Skole, hvori de opläres i på Kamppladsen at yde de sårede en forelöbig Hjälp uden dog at behandle Sår mere, end hvad der er påträngende nödvendigt (f. Ex. standse en Blödning og tildäkke et åbent Sår), idet den egentlige Sårbehandling alene foretages af Lägerne). En sådan Sygehjälper medgives hver Båre, medens andre uden at väre knyttede til Bårerne, i Terränet opsöge de sårede, for at disse kunne hjälpes på den nävnte Måde, medens de afvänte Bårernes Komme. — Om Uddannelsen i Skolen for Sygehjälpere gives närmere Meddelelser.

Joh. Möller.



Stockholm 1898. Kungl. Boktryckeriet.

Compte-rendu du traité

publié au

Tome XXIX, N° 32.

FREY SVENSON: **Contributions à la connaissance de la sarcomatose primaire diffuse dans les membranes molles du système nerveux central.**

Le sujet, âgé de 15 ans à l'époque de sa mort, commença par souffrir, au côté droit, d'attaques de crampe qui passèrent peu à peu à des convulsions générales compliquées d'une perte totale de la connaissance. Au bout de quatre ans survinrent des maux de tête, la déperdition des forces et la cécité par suite de stase papillaire, la diminution des fonctions psychiques, l'impossibilité de coordonner les mouvements du tronc et des jambes, la parésie faciale de gauche, le renforcement des réflexes patellaires, particulièrement dans la jambe gauche. Après six ans de maladie, la mort survint en quelques jours d'état comateux interrompu par des crises de crampe.

A l'autopsie, on trouve la base du cerveau occupée, de la scissure médiane à la moelle cervicale supérieure, par des mamelons de tumeurs grands et petits appartenant en entier aux membranes molles, qui ont épargné en général la substance nerveuse et sur quelques points seulement y plongent des tampons avec les vaisseaux. On rencontre aussi des mamelons pareils au côté supérieur et au côté inférieur du cervelet (fig. 1). Au ventricule latéral de droite se voit de même un néoplasme pyriforme (fig. 2) occupant la partie inférieure du prolongement occipital et du prolongement temporal. La coupe le montre consister en une tumeur qui, dans le sillon occipito-temporal, a dilaté et aminci la substance nerveuse en l'épargnant toutefois en général, sauf au sommet même de la tumeur, où celle-ci a attaqué par places la substance cérébrale voisine. L'épendyme des ventricules latéraux du III^me^ et du IV^me^ ventricule ainsi que de l'aqueduc de Sylvius est recouvert de saillies grises et molles de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois.

Dans les parties plus récentes, où le néoplasme ne se montre que comme un léger épaississement des membranes, la structure histologique consiste en végétations récentes formées de trois espèces de tissu. La partie prépondérante se compose de cellules à noyau fortement granuleux, nettement limité, entouré d'un mince manteau de protoplasme envoyant des embranchements de tous les côtés (fig. 5). Ces embranchements se réunissent à d'autres venant de cellules voisines, et il en résulte un tissu ressemblant à celui du myxome. On rencontre de plus une espèce de tissu composé de noyaux pareils en tout à ceux qui viennent d'être décrits, enfouis dans une substance grenue où il est impossible de découvrir des limites cellulaires (fig. 6). Ces espèces différentes de tissus sont tantôt juxtaposées, tantôt superposés, et, au point où l'espace sous-arachnoïdien s'élargit, toujours à sa membrane limite interne. A côté de ces végétations cellulaires, l'endothélium pavimenteux est fréquemment tuméfié ou composé de plusieurs couches. On rencontre, dans ces amas de cellules, des matras de cellules rondes ou polygonales, à protoplasme clair et à noyau nettement limité (cellules endothéliennes, fig. 5 et 6 a). Ces corps sont ou solides ou aussi offrent çà et là des lumens dans lesquels on peut voir quelques rares corpuscules sanguins, ou dont il est aussi possible de constater par places la connexion avec les vaisseaux sous-jacents.

Les saillies de l'épendyme ont une structure conforme à celle qui vient d'être décrite, mais les cellules de myxome sont plus grêles et ressemblent beaucoup à de grandes cellules de neuroglie.

Les tumeurs parfaitement développées de la base du cerveau se distinguent par une structure alvéolaire (fig. 7). Les parois s'en composent d'un fin tissu conjonctif fibrillaire dans lequel s'engagent les vaisseaux de la tumeur. Les alvéoles sont remplies de cellules semblables à celles que l'on trouve dans les petites tumeurs.

Ces cellules se présentent séparément ou réunies, offrant en général, dans ce dernier cas, la disposition que les cellules de myxome se trouvent principalement à la périphérie, et que les masses de tissu sans limites cellulaires occupent une position plus centrale. On rencontre parfois au centre des alvéoles des formations se composant d'une substance probablement hyaline, luisante, homogène et à grains très fins, dans laquelle des cellules stelliformes sont encastrées avec une régularité plus ou moins grande (fig. 8). Dans les zones de prolifération, les tumeurs montrent une structure correspondant de très près à celle des végétations naissantes.

La grande tumeur du sillon occipito-temporal offre une construction basale analogue, dans ses parties périphériques inférieures, à celle des formations alvéolaires décrites plus haut. Elle forme dans les autres parties un angiosarcome typique de Waldeyer. Elle se compose d'une abondance de vaisseaux méandreux à grand lumen et à aventice épaisse, entre lesquels se voient les cordons cellulaires. Les cellules, fusiformes, à noyau luisant, assez grand, entourent, dans la périphérie des cordons, les vaisseaux comme d'un manteau (fig. 9 et 10), et aux essais d'isolation se montrent solidement attachées à l'aventice. Plus au centre, elles offrent une disposition moins régu-

lière, et sont fréquemment dégénérées. On constate souvent au centre des cordons des formations hyalines pareilles à celles reproduites dans la figure 8.

La tumeur est considérée comme une formation néoplastique partie de l'endothélium de l'espace sous-arachnoïdien; il s'est formé, dans le sillon occipito-temporal, une prolifération du périthélium des vaisseaux, et dans les ventricules, l'épendyme a joué le même rôle que celui de l'endothélium sur d'autres points. Les vaisseaux proviennent des matras de l'endothélium, et le stroma tant des fibres du tissu connectif de l'arachnoïde que du tissu connectif accompagnant les vaisseaux, et peut-être aussi des cellules mêmes de la tumeur. Le néoplasme est exclusivement limité à l'espace sous-arachnoïdien, et végète sur quelques rares points dans la substance nerveuse, dont il suit les gaînes périvasculaires. La diffusion s'est opérée par l'écoulement du liquide séreux.

On trouve des grains de psammome dans la tumeur même, mais ils sont surtout très nombreux dans la substance nerveuse entourant la tumeur. Se rattachant aux opinions de Cornil et Rauvier et d'Arnold, l'auteur en met la formation en connexion avec les vaisseaux, considérant qu'ils se produisent dans de fins tubes contenant parfois des corpuscules sanguins partant des vaisseaux, dont souvent la grandeur est hors de proportion avec celle du vaisseau mère, probablement par suite de la calcification des proliférations endothéliennes qu'ils contiennent. Ils peuvent aussi se former, à l'intérieur des vaisseaux normaux, dans des proliférations endothéliennes venant de l'intime, de même que dans des végétations cellulaires établies sur les vaisseaux, ou aussi en detachées, probablement des proliférations de l'intime renversées et détachées par étranglement. M:r SVENSON cite à l'appui de sa manière de voir les figures 11 a—f.

L'auteur a recueilli dans la littérature 15 cas de formation de tumeurs primaires diffuses dans les membranes molles du système nerveux central. Il a été possible de les répartir dans les trois groupes suivants: I, tumeurs d'origine endothélienne et avec type de cellules endothéliennes; II, tumeurs d'origine endothélienne, mais dont les cellules ont perdu leur type endothélien; III, tumeurs dont l'origine n'a pas pu être tracée depuis l'endothélium et qui offrent d'ordinaire la construction de sarcomes de cellules rondes.

Les cas appartenant au groupe I, les endothéliomes purs, ne sont qu'au nombre de 3 (EBERTH, EPPINGER et SCHULTZ). Formations de tumeurs diffuses, généralement grêles, avec cellules endothéliennes, qui ont provoqué des symptômes variables. Développement rapide, marche aiguë à durée maximum de 3 $^1/_2$ mois.

Au groupe II appartiennent 5 cas (RICHTER, CRAMER, JANSEN, HARBITZ et celui de l'auteur). Doit être considéré comme la forme de transition entre l'endothéliome et le sarcome. Formations diffuses de néoplasme dans les membranes molles, offrant çà et là de grandes végétations limitées, et attaquant parfois la substance nerveuse. Partent de l'endothélium sous-arachnoïdien. Présentent en général une structure alvéolaire avec cellules d'un aspect assez variable. Durée de la mala-

die: 2 mois à 6 ans. Outre les symptômes de pression, images morbides variant avec la localisation.

Les cas rapportés au groupe III (OLLIVIER, SCHULZE, COUPLAND et PASTEUR: 2 cas, SCHATALOFF et NIKOFOROFF, BUSCH, WESTPHAL et LENZ) sont des cas de sarcome typique des cellules rondes, et offrent l'image morbide la plus uniforme. Atteignent en général les jeunes personnes; âge moyen de la mort 13 ans; marche rapide: 2 1/2 mois à 1 an; augmentation de la pression et symptômes locaux variant avec la place de la tumeur.



Stockholm 1898. Kungl. Boktryckeriet

TILL LÄRAN

OM

SYPHILIS CONGENITA

AF

PROFESSOR E. ÖDMANSSON

TILLÄGGSHÄFTE TILL NORD. MED. ARK. BD 29. 1897.

STOCKHOLM 1898
KUNGL. BOKTRYCKERIET. P. A. NORSTEDT & SÖNER

Det material, som ligger till grund för denna hufvudsakligen statistiska afhandling, har från och med 1870 blifvit samladt af mig såsom öfverläkare vid Stockholms Stads och Läns kurhus till hösten 1888 och därefter vid sjukhuset S:t Göran, som vid sistnämnda tid började fungera såsom kommunens vårdanstalt för veneriska sjuka med undantag af de prostituerade. Under denna tid hafva syfilitiska patienter och särskilt syfilitiska späda barn endast undantagsvis blifvit intagna å andra sjukhus. Däremot har å Allmänna Barnhusets poliklinik under hela tiden råd lemnats för alla barnsjukdomar och sålunda äfven för syfilis, hvarjämte späda syfilitiska barn i mindre antal blifvit behandlade å sjukhusets egen och på senare tid väl äfven tillfälligtvis å andra polikliniker.

Å nämnda sjukhus har årligen intagits ett något växlande antal af syfilitiska kvinnor, som befunnit sig i hafvande tillstånd eller nyligen födt. Flertalet af kvinnorna hafva redan under graviditeten inkommit å sjukhuset, för att där vårdas. Af dessa har en del kvarstannat till partus, som försiggått å Allmänna Barnbördshuset, hvarifrån de, som fått lefvande barn, snart återkommit, för att jämte dessa observeras och i händelse af behof behandlas. Andra hafva utgått före förlossningen men till största delen åter infunnit sig när syfilis visat sig hos moder eller barn. Många bland mödrarna hafva först efter förlossningen inkommit å sjukhuset med sina barn vanligen från hemmen, men ofta nog direkt från något af barnbördshusen. Någon gång hafva fall förekommit, där barnen haft kongenital syfilis, men mödrarna förnekat syfilis hos sig själfva och säkra symptom däraf ej kunnat konstateras.

Genom stort tillmötesgående af Allmänna Barnbördshusets chefer, för hvilket vi ej kunna vara nog tacksamma, hafva vi

i många fall till undersökning erhållit liken efter fostren vid abort eller då de aflidit snart efter födelsen likasom kvinnornas efterbörd.

En stor del af mödrarna har utgjorts af ogifta, fattiga kvinnor utan närmare anhöriga, som kunnat taga vård om dem och barnen. För att underhålla dessa, äro de ofta nödsakade att utackordera dem så billigt som möjligt och genom arbete söka skaffa nödiga medel därtill. Då detta kan vara svårt eller omöjligt, blir följden den, att barnen flyttas från ett ställe till ett annat, och häraf uppstår en mångdubbel fara för syfilis' utbredning genom de späda barnen. Sådana fall hafva ej sällan förekommit, där fostermödrarna och äfven deras familjemedlemmar på detta sätt fått syfilis. För att i möjligaste mon förhindra detta, hafva vi med sjukhusstyrelsernas goda minne ofta låtit moder och barn kvarstanna å sjukhuset vida längre, än deras hälsotillstånd nödvändigt kräft. Likaledes hafva de barn, som efter födelsen hållit sig symptomfria, aldrig af oss utskrifvits före tredje månadens slut, såvida ej mödrarna bestämdt fordrat det.

Då vi sammanfatta dessa omständigheter, att flertalet af mödrarna intagits å sjukhuset redan under hafvandeskapet, att vi stått i nära förbindelse med Allmänna Barnbördshuset, att de barn, som förblifvit symptomfria, i regeln icke utskrifvits före tredje månadens slut, samt att vi haft full frihet att vårda de syfilitiska barnen, så länge vi ansett lämpligt, torde det få medgifvas, att vi haft ett mer än vanligt godt tillfälle att följa fallen. I afseende å syfilis hos späda barn kunna i fråga varande sjukhus, det ena efter det andra, i självfva verket betraktas som kommunens barnsjukhus.

Då syfilitiska barn anmälts till intagning å sjukhuset, hafva vi alltid sökt att samtidigt få in mödrarna, ej blott för att erhålla de bästa vårdarinnorna åt barnen utan äfven, för att, då så ansetts nödigt, underkasta kvinnorna antisyfilitisk behandling. Detta har ej alltid lyckats, hvadan ett dock jämförelsevis ringa antal af barnen vårdats af andra än mödrarna. Dessa barn hafva ej kunnat införas i vår statistik utom i enstaka fall, då mödrarna infunnit sig och lemnat nödiga upplysningar. Åtskilliga fall hafva uteslutits på grund af i ett eller annat viktigt afseende bristfälliga anteckningar. Däremot har ett fåtal intagits, där af oss behandlade mödrar födt i hemmet, och vi kunnat noga följa dem och barnen under någon tid.

Efter skedd gallring omfattar undersökningen 343 fall med 345 barn (två tvillingpar). Af mödrarna hafva elfva vårdats två och en tre gånger på skilda tider och med olika barn. Dessa fall hafva blifvit ordnade på 4 afdelningar:

Afd. I, där modern haft syfilis före konceptionen;
» II, där modern blifvit smittad samtidigt med konceptionen eller nära denna tid;
» III, där modern blifvit smittad under hafvandeskapet och
» IV, där modern förnekat syfilis, och vi ej med säkerhet kunnat konstatera dess tillvaro hos henne, men barnet haft medfödd syfilis.

Såsom en lämplig utgångspunkt hafva vi sammanfört alla fallen i tabell I (se sid. 5), som för de tre första afdelningarna är uppställd efter tidpunkten för modrens infektion samt för alla visar förlossningarnas utgång och de lefvande födda barnens öde under observationstiden. Hvarje afdelning behandlas därefter för sig, hvarvid de utläggningar och anmärkningar göras, som kunna anses påkallade, och slutligen följer en kort sammanfattning af de viktigare resultat, som undersökningen lemnat med därtill fogade kommentarier. Vid denna framställning har jag i fråga om de enskilda fallen i allmänhet kunnat fatta mig kort, enär jag af flere skäl ansett mig böra i form af bilaga meddela alla fallen och därföre kan referera till bilagan. Uti denna bilaga har i de enskilta sjukhistorierna i allmänhet endast kunnat upptagas det nödvändigaste för fallens bedömande, d. v. s. en kortfattad uppgift om symptomen hos moder och barn samt förloppet af det senares sjukdom och likaledes ett kort angifvande af de patologiska förändringar, som träffades vid obduktionerna. Tiden för barnens födelse med särskildt angifvande, då denna egt rum å barnbördshusen, vidare tiden för barnens och mödrarnas intagande å sjukhuset samt barnens död i de letala fallen är noga anförd och detta äfven i den tanken, att möjligen någon för saken intresserad skulle vilja från en eller annan synpunkt vidare bearbeta det samlade materialet och därvid kunna begagna journalerna vid sjukhusen och barnbördshusen.

Materialet är i så måtto homogent, att jag själf med ganska få undantag fört anteckningar öfver mödrar och barn samt verkstält obduktionerna. Till följd af bristande tid hafva de senare ej alltid kunnat utföras så noggrant, som önskligt varit,

och särskildt har den mikroskopiska undersökningen af färska likdelar fått stå tillbaka. I fråga om bensystemet har jag vanligen, för att ej stycka liken för mycket, då mödrarna merendels befunnit sig å sjukhuset, nöjt mig med att förutom hufvudskålen undersöka nedre ändan af femur och den öfre af tibia samt några refben; i många fall har dock undersökningen varit mera fullständig.

Undersökningen gäller mödrar och barn. Hvad barnens fäder angår, hafva vi visserligen varit i tillfälle att se och bedöma ett ej obetydligt antal af dessa, men i fråga om det stora flertalet hafva vi varit hänvisade till de uppgifter, som kvinnorna lemnat vid en vanligen noggrann och i många fall upprepad examen.

Tabellen I.

Sammandrag af alla fallen.

	Mödrarnas antal.	Barnen. Antal.[1]	Barnen. Dödfödda.	Barnen. Lefvande födda. Ofullgångna, svaga eller behäftade med syfilitiska symptom vid födelsen.	Barnen. Lefvande födda. Under observationstiden syfilitiska.	Barnen. Lefvande födda. Under observationstiden symptomfria.	Barnen. Lefvande födda. Utskrifna. Symptomfria.	Barnen. Lefvande födda. Utskrifna. Förbättrade.	Barnen. Lefvande födda. Utskrifna. Döda.
Afdelning I.									
Modern smittad före konceptionen.									
Öfver 10 år	3	—	—	—	1	2	2	1	—
7—10 år	6	—	—	—	3	3	3	2	1
5—7 »	6	—	1	—	4	1	5	—	—
4—5 »	5	—	—	—	5	—	2	—	3
3—4 »	3	—	—	—	2	1	3	—	—
2—3 »	22	—	1	5	15	1	8	2	11
1½—2 år	8	—	—	3	3	2	2	1	5
1—1½ »	19	—	1	3	10	5	12	1	5
½—1 »	13	—	6	1	4	2	3	1	3
Under ½ år	25	—	11	1	7	6	9	1	4
Summa	**110**	—	**20**	**13**	**54**	**23**	**48**	**10**	**32**
Afdelning II.									
Modern smittad samtidigt med konceptionen eller nära denna tid	44	—	18	6	7	13	13	2	11
Afdelning III.									
Modren smittad under hafvandeskapet.									
1 månaden	9	—	6	1	2	—	1	—	2
2 »	18	19	8	4	3	4	4	1	6
3 »	35	36	11	8	12	5	13	1	11
4 »	34	—	9	7	12	6	10	1	14
5 »	31	—	3	5	19	4	6	1	21
6 »	18	—	1	—	9	8	11	—	6
7 »	14	—	—	—	5	9	10	1	3
8 »	9	—	—	—	7	2	5	—	4
9 »	6	—	—	—	1	5	4	1	1
Summa	**174**	**176**	**38**	**25**	**70**	**43**	**64**	**6**	**68**
Afdelning IV.									
Modern förnekar syfilis, och säkra symptom däraf kunna ej hos henne upptäckas, barnet har kongenital syfilis	15	—	—	4	11	—	6	2	7

[1]) **Barnens antal är endast infördt, då det varit olika mödrarnas.**

Afdelning I.

Modern syfilitisk före konceptionen.

Till denna afdelning höra 110 kvinnor, af hvilka 12 voro under 21 år, 66 mellan 21—30 år, 30 mellan 31—40 samt 1 öfver 40 år. Gifta voro 25 och ogifta 85, hvaribland 5 konkubiner.

En blick på första afdelningen af tab. I, med hvilken vi till en början sysselsätta oss, visar, att förlossningarnas utgång och de lefvande födda barnens öde gestaltat sig mycket olika efter den olika tid, som förflutit mellan moderns infektion och konception. Sålunda komma alla aborter utom en och alla tillfällen af ofullgångenhet samt yttre symptom af syfilis vid födelsen på de fall, där moderns syfilis vid sista konceptionen icke varit äldre än 3 år. Det är nu en redan gammal erfarenhet, att faran för fostren är desto större, ju närmare till tiden infektionen ligger konceptionen, och förminskas, i den mon de äro åtskilda, men så bjärt som i denna statistik framträder förhållandet vanligen icke.

Dels på grund af denna stora olikhet och dels för lättare öfversikt kan det vara lämpligt att särskildt beröra dessa två grupper, där mödrarna varit inficierade mer eller mindre än 3 år före konceptionen.

Till den första gruppen höra 23 fall. Resultatet af förlossningarna i dessa fall blef en abort, femton barn, som efter födelsen fingo symptom af syfilis, och sju barn, hvilka höllo sig friska under observationstiden.

Den kvinna (se bil., fall 1), som aborterade, var prostituerad och syfilitisk sedan omkring 6 år samt hade redan en gång fått ett dödfödt barn. De förändringar, som träffades i placenta, voro ej af specifik natur, och i fosterkroppen fans ingenting

att anmärka. Det är därföre, särskildt med fästadt afseende å kvinnans yrke, mycket möjligt, att aborten ej berott på hennes syfilis.

De 15 barn, hos hvilka syfilitiska symptom uppträdde efter födelsen, voro fullgångna och nästan alla väl utvecklade. Hos 6 af dem visade sig tecken till lues i första, hos 6 i andra och hos 3 i tredje månaden. Alla, med undantag af ett, som vid inkomsten var synnerligen klent, behandlades med kvicksilfver. 8 utskrefvos som symptomfria, 3 som förbättrade och 4 som döda. Af de förbättrade afled det ena snart och ett hade vid utskrifningen tecken till hydrocephalus. De 4 barn, som afledo å sjukhuset, bortrycktes af interkurrerande sjukdomar; hos det ena fans dock vid obduktionen en affektion i luftstrupen af tvifvelaktig natur (fall 45). Hos tre af barnen träffades mjältsvulst och hos ett därjämte osteokondrit.

Alla mödrarna till dessa barn utom två (fall 36, 39) inkommo till sjukhuset, sedan sjukdomen uppträdt hos barnen och för deras skull. Hos en af kvinnorna (fall 39) hade i hafvandeskapets tredje månad uppstått ett ulcererande hudutslag å vänstra underbenet — utan tvifvel syfilitiska hudtuberkler — och hos en annan (fall 38) efter partus grupperade papler. Dessa två kvinnor ville förut hafva varit symptomfria sedan någon tid efter infektionen och den då genomgångna behandlingen. Så var äfven förhållandet med 11 af de öfriga, och endast två hade några år därefter fått nya symptom och då äfven blifvit behandlade.

En af kvinnorna (fall 34) hade 1879 blifvit inficierad samtidigt med sin första konception och då hos oss behandlad två gånger under hafvandeskapet. Barnet var fullgånget och höll sig friskt under observationstiden — öfver 3 månader — men dog vid 5 månader af tarmsjukdom. Gift med en annan och frisk man aborterade hon 1882 och 1884 och fick därefter med samme man 1886 och 1888 friska, ännu lefvande barn. Efter mannens död 1890 ingick hon snart en ny förbindelse. Däraf följde 1891 ett barn, som var friskt i 3 månader, men då hastigt dog af »diarré», vidare 1893 ett barn, som sjuknade i andra månaden, höll sig ständigt klent och dog vid 18 månader af »vatten i hufvudet» och slutligen 1895 det barn, för hvars skull hon nu sökt sjukhuset. Detta barn var vid födelsen fullgånget, blef klent i andra månaden, företedde tydliga symptom af syfilis, genomgick kvicksilfverkur och utskrefs förbättradt.

Med anledning af den märkliga successionen af friskt barn, syfilitiska barn, därefter friska och så åter syfilitiska barn, medan hon själf hela tiden skall hafva varit symptomfri, skulle möjligen någon vara benägen för den åsikten, att den siste äkte mannen på nytt infört sjukdomen i familjen, men dels var kvinnan lifligt öfvertygad om hans oskuld i detta afseende och dels företedde han vid noggrann undersökning af mig icke minsta tecken till syfilis.

De 7 barn, som förblefvo symptomfria, så länge vi hade tillfälle att följa dem, voro alla väl utvecklade. Fyra af dem inkommo direkt från Barnbördshuset, två från hemmen i tredje månaden och ett senare. Två voro vid utskrifningen öfver 6 månader gamla, två mellan 4—6 månader, ett 3—4, ett nära 3 månader och ett i 2:a månaden.

Utaf mödrarna till dessa barn hade en (fall 88) antagligen själf kongenital syfilis. Hon kunde ej förmås stanna tillräckligt länge och afhördes ej vidare. Tre af de öfriga (fall 89, 90, 92) hade utpräglade tertiära symptom.

En kvinna (fall 93), som blifvit smittad 6—7 år före sista konceptionen, hade snart blifvit behandlad med smörjkur i S. Kort därefter nytt utslag, som öfvergick i sårnader. Sedermera årligen vårdad å samma kurhus under 3—4 månader. Under de sista 3 åren aldrig fullt fri från utslag. Kring 3 år efter infektionen hade hon fått ett barn, som var friskt i 10 månader men då dog i akut sjukdom. Vid inkomsten nu å sjukhuset var hon hafvande i 9:e månaden, hade å sin kropp tallösa större och mindre ärr af olika färg samt skorpbildningar och sår. Efter partus fick hon ett nytt ymnigt utslag af ytliga hudtuberkler eller, om man vill, papulo-tuberkler, hvaraf många öfvergingo i ytliga sår. Barnet, som var fullgånget och diade sin moder, höll sig fullkomligt friskt under 7 månader å sjukhuset.

En annan af dessa kvinnor (fall 90), som blifvit smittad af ambarn kring 7 år före sista konceptionen och då kraftigt behandlad, hade kring 5 år därefter fått ett barn, som var friskt i 2½ år men då dog af akut bröstsjukdom. Åter hafvande fick hon i början af graviditeten ondt i halsen och utslag vid anus. Hon inkom å sjukhuset i 7:e månaden och hade då en stor, typisk, mukös papel vid anus, en betydlig katarral angina och måttlig allmän adenit, genomgick smörjkur och födde ett fullgånget barn, som förblef symptomfritt öfver 3 månader. Möjligen förelåg hos modern en reinfektion.

Sex af de 23 kvinnorna voro förstföderskor och 17 omföderskor. Af dessa senare hade 7 före infektionen fått 9 friska barn, och 16 efter infektionen men före sista konceptionen födt 31 gånger, hvarvid resultatet blifvit 10 aborter, 6 ofullgångna eller svaga barn, 3 fullgångna barn, som efter födelsen fingo symptom af syfilis och snart afledo, samt 12 antagligen friska barn.

Aborterna uppträdde närmast efter infektionen utom i två fall, nämligen fall 34 (se ofvan) och 37, där kvinnan, som antagligen var smittad i senare hälften af hafvandeskapet och behandlades kort efter partus, först fick ett ofullgånget snart dödt barn och därefter två aborter. Hennes sista barn var fullgånget och fick syfilitiska symptom efter födelsen. Sju af aborterna inträffade inom 3 år efter infektionen, de öfriga senare.

Några af fallen erbjuda ett ganska stort intresse såsom exempel på, huru olika moderns infektionsförmåga gentemot fostren kan gestalta sig. Anmärkas bör, att i dessa fall kvinnorna vid första anfallet af syfilis erhållit en än ordentlig än ringare behandling och sedan varit utan behandling, samt enligt eget påstående symptomfria, hvarpå naturligtvis ej är att lita.

I fall 43 smittades kvinnan af sin äkta man under hafvandeskap 1875. Abort i 7:de månaden. Under 1877 och 1878 fullgångna men svaga barn, som afledo efter några dagar genom blödning från nafveln. Det sista barnet, födt 1880, fick i 6:e—7:e veckan lindriga symptom af syfilis. Här se vi en vanlig och successiv förbättring af förlossningens utgång.

I fall 36 hade modern fått två friska barn före infektionen. Snart efter denna här behandlad dock mycket ofullständigt. Fem år efter infektionen ett fullgånget barn, som, efter alt att döma, var fritt från syfilis men smittades vid 5 års ålder af sin yngre syster, hvilken var född 8 år efter moderns infektion och utan all fråga hade kongenital syfilis. Kvinnan inkom nu å sjukhuset år 1880 hafvande i 5:e månaden. Födde en fullgången men något klen flicka, som i första månaden fick symptom af lues. Således här ett fall, där modern 5 år efter infektionen fått ett friskt barn men 8 och 10 år efter densamma syfilitiska barn.

I fall 35 var modern smittad i hafvandeskapets 5:e månad. Det första barnet fick symptom af syfilis i andra månaden, och detsamma var förhållandet med n:r 2, som föddes tre år därefter. Det sista barnet, födt omkring 8 år efter moderns infek-

tion, företedde äfvenledes syfilitiska symptom i andra månaden. Detta barn var vid födelsen något klent, de öfriga friska. Alla barnen vårdades å sjukhuset, och de två första afledo där. Olika fäder till barnen. Likformigheten i fråga om förlossningarnas utgång och tiden för barnens insjuknande är anmärkningsvärd, i synnerhet om man besinnar den långa tidsskilnaden mellan den första och sista förlossningen.

I två fall förekommo med säkerhet friska barn mellan syfilitiska och så möjligen äfven i ett tredje. Ett af dessa, fall 34, är ofvan anfördt. I fall 46 hade modern haft 5 barn i äktenskapet. N:r 1, födt före infektionen, var förut friskt men afled vid 3 månaders ålder af akut lungsjukdom. Smittad af mannen 1886 och då snart en gång behandlad. Barnet n:r 2 från 1888 dödfödt; n:r 3, från 1889, friskt, afled vid 14 månader af barnkolera; n:r 4, från 1890, alltid frisk, lefver. Slutligen föddes n:r 5, fullgången, 1892, fick syfilitiska symptom i 2:a månaden och intogs då jämte modern å sjukhuset.

I fall 44 hade kvinnan kring 2 år efter infektionen födt ett ofullgånget barn, som dog på 3:e dygnet. Gift med en frisk man fick hon 2 år efter det förra ett fullgånget barn, som höll sig friskt i 3 månader men så dog af »tandslag». Året därpå ett fullgånget barn, som i 4:e veckan fick symptom af lues och här vårdades.

De öfriga 9 af i fråga varande 16 kvinnor hade efter infektionen endast fått ett barn före det sista här vårdade. Af de första förlossningarna framgingo i 4 fall aborter, i 1 ofullgånget barn och i 4 friska barn. Aborterna följdes i ett fall af ny abort och i tre af fullgångna barn, som fingo syfilis efter födelsen, det ofullgångna af ett efter födelsen syfilitiskt. Tre af kvinnorna födde såväl sista som första gången friska barn. De hade alla tertiär syfilis. Den fjärde (f. 41) var smittad i hafvandeskapets 7:e månad, erhöll å sjukhuset specifik behandling för primär affektion och fick ett barn, som höll sig friskt i 2 månader, då modern ej ville stanna längre. Det sista barnet, öfver 6 år efter det första, fick syfilis i 2:a månaden. Modern omtalade då, att det första barnet hållit sig friskt och ännu lefde.

Om nu dessa 31 förlossningar adderas till de i tab. I upptagna, hade sålunda dessa 23 kvinnor efter infektionen födt 54 gånger och därvid erhållit 11 dödfödda, 6 ofullgångna, ej lifskraftiga barn, 18 fullgångna barn, som efter födelsen fingo

symptom af syfilis, samt 19, såvidt kändt är, friska barn. En af mödrarna hade efter all sannolikhet kongenital syfilis; de öfrigas smittningstid låg mellan 19 och 3 år före sista konceptionen, dock endast hos 2 öfver 10 år. En jämförelse mellan de två barnflockarna från samma kvinnor men från olika tid efter infektionen visar till full evidens den stora inverkan, som tiden har till förminskning af syfilis' vådlighet för afkomman. I den tidigare skaran på 31 foster förekommo 10 aborter och 6 ofullgångna barn, i den senare på 23 foster en abort och ingen ofullgången.

I fråga om fäderna till de i tab. I upptagna 23 barnen uppgåfvo 2 gifta kvinnor, att de voro smittade af sina äkta män — en af dessa vårdades å sjukhuset kort efter hustruns infektion — medan 19 vidhöllo, att enligt deras öfvertygelse den siste barnfadren var frisk och hans ställning i detta afseende i 2 fall måste anses osäker.

Till denna afdelnings andra grupp, i hvilken moderns infektion egt rum inom 3 år före sista konceptionen, hörde 87 kvinnor. Dessa fingo 19 aborter, 13 ofullgångna, svaga eller med syfilitiska symptom vid födelsen behäftade barn, 39 fullgångna eller nära fullgångna barn, hos hvilka efter födelsen uppträdde symptom af syfilis samt 16 barn, som förblefvo symptomfria under observationstiden.

Tab. I utvisar, att 17 aborter af 19 tillhöra kvinnor, som blifvit smittade inom ett år före konceptionen, medan endast en abort kommer på hvardera af de föregående två åren. Däremot tillhöra endast två ofullgångna första årsklassen, men 11 de bägge öfriga. Det lider intet tvifvel, att denna åtskilnad i förlossningarnas utgång i första rummet är att söka i tidens inverkan på sjukdomens intensitet vid öfvergången på fostren. De kvinnor, som blifvit smittade nära tiden för konceptionen, hafva fått flere aborter, de öfriga flere lefvande men ofullgångna eller svaga barn. Detta är så mycket säkrare, som behandlingen i allmänhet varit vida kraftigare för de förra än för de senare. Härvid bör dock ej förbises, att ett så ringa antal aborter i andra och tredje året efter infektionen torde höra till undantagen.

Af aborterna inträffade 7 i 8:e och 9:e månaderna tillsammantagna, 1 i 7:e—8:e, 7 i 7:e och 4 i den 6:e eller därunder. Om vi, för att hafva afdelningens alla aborter samlade, med-

taga den i första gruppen, få vi ännu en, eller 8 i 7:e månaden.

Placenta undersöktes i 13 af dessa 20 fall och företedde i 5 fall ingen eller obetydlig förändring, i 3 fall villös placentit — jag begagnar detta namn i stället för de väl långa, som föreslagits af ERCOLANI och FRÄNCKEL —, i ett fall villös placentit och förändring i nafvelsträngens kärl, i ett fall förändring i dessa kärl med ojämn blodfördelning i kakan, i ett fall betydlig atrofi i en del af kakan (placenta quasi succenturiata), i ett fall talrika, hvita infarkter jämte någon atrofi och i ett fall fatal blödning. Det yngsta af barnen med specifik förändring i placenta var i 7:e månaden.

I 10 af fallen studerades fosterkroppen och befans i 5 vara utan makroskopiska förändringar, medan i 4 träffades osteokondrit af växlande grad och i ett (från början af 9:e månaden) några mindre, pnevmoniska härdar i lungorna, blödning i hjärnans sidoventriklar samt osteokondrit. Intet af dessa 5 sist nämnda foster var under 8:e månaden.

Af de 13 till andra kategorien, ofullgångna m. m., hörande barnen var ett (f. 24) ofullgånget men lifskraftigt. Barnet diade sin moder och fostrade sig ganska väl, fick syfilitiska symptom i 2:a månaden, vårdades två gånger å sjukhuset och utskrefs symptomfritt, men afled vid 3 års ålder af tuberkulos.

Sex barn voro ofullgångna och svaga, ej lifskraftiga. Ett af dessa (f. 30), som diade sin moder, hämtade sig men höll sig altjämt klent, inkom i början af 3:e månaden å sjukhuset, svagt men utan tydliga symptom af syfilis. Fick efter någon tid kvicksilfverbehandling. I fjärde månaden tecken till hydrocephalus. Utskrefs på moderns begäran men intogs åter och afled vid 10 månaders ålder. Vid obuktionen träffades ependymit med obliteration af bägge bakre hornen i hjärnans sidoventriklar och betydligt förstorad mjälte. Ett annat barn (f. 22) fick symptom af lues i 2:a månaden, började genomgå merkurialkur i den 3:e, men afled därunder. Post mortem fans ependymit med partiel obliteration af de bakre hornen i sidoventriklarna, en stor mjälte samt bronkopnevmoni. Af de öfriga 4 barnen företedde ett (f. 32), som afled på 4:e dygnet, en ansenlig blödning från hjärnventriklarnas väggar med sönderslitning af dessa. Hos ett barn, som afled på 16:e dygnet, var nafveln ej läkt; tydlig peritonit fans ej, men stor mjälte, metastatiska abscesser i lungor och njurar samt perikardit. De

två återstående af dessa barn, af hvilka det ena afled kort efter födelsen och det andra efter 16 dagar, företedde en betydlig hyperemi i hjärna, lefver och mjälte.

Sex barn, af hvilka 5 fullgångna och ett nära fullgånget, hade vid födelsen eller dagarna därefter syfilis i form af pemphigus, hvartill hos de flesta kommo andra tecken. Alla voro klena och afledo snart, 25—54 dagar gamla. Hos ett af barnen (f. 31) träffades en nötstor till utseendet något äldre hemorragisk härd i högra främre hjärnloben, interstitiel hepatit, stor mjälte och cystoida bildningar i thymus, medan hos de öfriga förekommo interkurrerande sjukdomar, såsom peritonit, enterokolit, plevropnevmoni, i ett par af fallen därjämte mjältaffektion och i ett osteokondrit.

I tre af dessa 13 fall undersöktes placenta och befans utan anmärkning i två, medan i det 3:e förekom endoflebit i nafvelsträngens kärl och atrofi i ett ej obetydligt randparti.

Uti 39 fall af denna grupp föddes barnen fullgångna eller nära fullgångna och symptomfria men fingo sedermera symptom af syfilis. I 7 af fallen visade sig dessa symptom i barnets första månad, i 19 fall i den andra, i 9 i den tredje och i 4 fall efter tredje månadens slut. Alla barnen behandlades med mercurialia utom 5, för hvilka på grund af omständigheterna, vanligen barnens usla tillstånd, en sådan behandling ansågs olämplig. Utaf dessa barn utskrefvos 18 som symptomfria, 6 som förbättrade och 15 som döda. Ett af första och två af andra kategorien rapporterades sedermera som döda. I ett af de senare fallen (f. 80) fick det något för tidigt födda barnet symptom af syfilis i början af andra månaden, behandlades å sjukhuset och utskrefs på moderns begäran med kvarstående osteokondrit å vänstra radius. Intogs åter efter närmare 3 månader och hade då enligt modern haft svullnader å pannan i 2 veckor. Där funnos två ansvällningar med blek hud, degig konsistens och otydlig fluktuation. I dess midt kändes defekter i benet med skarpa ränder. Då barnet skrek, spändes betäckningen, och man kände tydlig pulsation. Barnet hade därjämte en periostit å vänstra öfverarmen. Ord.: Hydr. c. creta. Ansvällningarna i pannan började snart sjunka in och bendefekterna minskas. Detta fortgick så, att vid barnets utskrifning i 7:e veckan benet å den ena af dessa fläckar kändes normalt, medan å den andre ännu fans en ringa perforation. Barnet afled 5 veckor därefter af enterokolit, och jag erhöll hufvudskålen

till undersökning. Se dess angående bilagan. Antagligen har här förefunnits en gummös pachymeningitis externa med perforation af benet och en betydlig hyperostos i omgifningen, hvilken kvarstod efter barnets död.

Endast i 5 fall kunde syfilis betraktas som den egentliga dödsorsaken, och äfven i några af dessa tillkommo sjukdomar af annan natur. I f. 64 intogs barnet i 3:e månaden d. $^{19}/_{12}$ 1884 såsom misstänkt för syfilis men utan tydliga symptom, fick sådana i början af 5:e månaden och däribland tecken till hydrocephalus samt behandlades med kvicksilfver. Symptomfri efter 3 månader med frånseende af det uppstående frontalbenet. Kvarstannade länge och genomgick ännu en behandling utan nya symptom. Utskrefs d. $^{2}/_{9}$ 1885 men återkom d. $^{14}/_{9}$ med tecken till djupt hjärnlidande och afled d. $^{13}/_{10}$. Vid obduktionen fans trombos i art. basilaris och carotis dextra med förändring i kärlväggarna och betydlig ramollition i hjärnan, samt därjämte ependymit i hjärnans sidoventriklar med partiel obliteration af de bakre hornen; härtill kom en gammal förtjockning af mjältkapseln. (Se i öfrigt bilagan). I två fall (f. 53 och 82) träffades post mortem ependymit i hjärnans sidoventriklar och därtill i ena fallet tecken på kolit, i det andra plevrit och förstorad mjälte. I två fall (f. 51 och 52) förefans interstitiel hepatit och därtill ena gången nefrit, den andra bronkopnevmoni och stor mjälte. I öfrigt förekommo flerehanda sjukdomar som närmaste dödsorsak, såsom gastroenterit med eller utan nefrit, kapillär bronkit, miliartuberkulos. I öfver hälften af dessa sista fall träffades mjältansvällning eller rester efter en mjältaffektion, i 3 af dem osteokondrit.

I fråga om de 4 barn, hos hvilka syfilis yppade sig först efter tredje månadens slut, kan man med alt skäl misstänka, att de två (f. 69 och 74) blifvit inficierade efter födelsen, hvarom vidare längre fram.

Placenta undersöktes blott i 3 af dessa 39 fall och visade sig frisk med frånseende af en betydlig kalkafsättning genom hela kakan i det ena af dem.

Af de 16 till gruppen hörande barn, som under observationstiden ej visade symptom af syfilis, utskrefvos från sjukhuset 3 i 5:e och 6:e månaden, 6 i 4:e månaden och 2 nära 3:e månadens slut, medan 1 barn uttogs i 3:e månaden, 1 i den 2:a och 1 redan i 1:a månaden, ett följde vi under första månaden i hemmet, och ett af barnen afled å sjukhuset i 2:a månaden af

enterokolit samt företedde vid obduktionen inga tecken på syfilis. Af de för tidigt uttagna dog ett inom kort, medan ett annat ännu lefde friskt vid 5 års ålder. Fyra af de öfriga anmäldes efter hand som döda af akuta sjukdomar.

Det förtjänar kanske beaktande, att alla mödrarna till dessa barn utom en hade manifesta symptom af syfilis under hafvandeskapet. Alla fingo specifik behandling, somliga både före och efter konceptionen, andra endast under graviditeten (se tab. II och för detaljer bilagan).

I 9 af fallen undersöktes placenta, och befans frisk eller med obetydliga, ej specifika förändringar i 7 fall, medan i ett (fall 101) träffades endarterit i nafvelsträngens arterer med ansenlig cellproliferation i intima och äfven infiltration af celler i muscularis. Bägge kärlen sände grenar till ett större, atrofiskt randparti. Vi väntade med säkerhet syfilis hos barnet. Detta uppföddes artificielt, hade stundom ojämn afföring, och mjälten kändes något under refbensranden, men tydliga symptom uteblefvo, och det utskrefs ganska väl närdt, vid något öfver 3 månaders ålder. Modern omtalade sedan, att barnet i det hela hållit sig friskt men vid 8 månaders ålder fått hosta och snart aflidit. I ett casus (fall 97) funnos kort efter öfvergången på kakan ett par mindre, gulhvita fläckar å venens intima. Det var detta barn, som afled å sjukhuset i 2:a månaden af enterokolit.

Bland kvinnorna i denna grupp funnos 49 förstföderskor och 38 omföderskor. De senare hade före infektionen tillsammans födt 44 gånger, hvarvid förekommit 2 aborter. Efter infektionen men före sista konceptionen hade 20 af dem genomgått 22 förlossningar, hvarvid resultatet blifvit 13 aborter, 3 ofullgångna och svaga barn samt 6 barn, som efter födelsen fått symptom af syfilis.

Alla aborterna inträffade vid de förlossningar, som följde närmast efter infektionen utom en (fall 57). I detta fall var modern smittad i 5:e månaden af hafvandeskapet, fick en ordentlig kur i 7:e och 8:e månaden och födde ett fullgånget barn, som dog på 4:e dygnet af blödning i hjärnans hinnor. Aborten förekom något öfver ett år därefter. Hennes sista barn var fullgånget och fick syfilitiska symptom efter födelsen. Sex af de öfriga kvinnorna aborterade mindre än ett år efter infektionen och sex mindre än två eller däromkring. Två af kvinnorna hade ej fått någon behandling, fyra ringa och sex ordentlig kur

en eller flere gånger, alla vanligen snart efter infektionen. Af dessa kvinnors andra barn i ordningen, hvilka äro upptagna i tab. I, voro två ofullgångna, nio fullgångna men efter födelsen syfilitiska, medan i det återstående fallet (fall 101, se här ofvan) barnet förblef utan tydliga symptom i 3 månader.

De ofullgångna barnen, hvaribland ett tvillingpar, tillhörde två kvinnor, som blifvit smittade under hafvandeskapet. Den ena hade ej fått någon specifik behandling, och den andra födde under pågående behandling. Af dessa sista barn hade ett pemphigus vid födelsen och dog snart, det andra fick syfilitiska symptom i 2:a månaden.

Af mödrarna till de 6 hit hörande barn, hvilka föddes fullgångna och sedan fingo symptom af syfilis, voro 5 inficierade under hafvandeskapet och en kring ett år före konceptionen. En af de förra hade ej fått någon behandling, en ringa behandling och tre en ordentlig kur, medan den sist nämnda fått en kraftig behandling. Af dessa kvinnors i tab. I upptagna barn var ett ofullgånget och dog snart, de öfriga voro fullgångna men fingo syfilis.

Om dessa 22 förlossningar adderas till denna grupps förut omhandlade 87, får man 109 förlossningar efter infektionen af dessa 87 mödrar. Däraf framgingo 32 aborter, 16 ofullgångna, svaga eller vid födelsen med syfilitiska symptom behäftade barn, 45 fullgångna eller nära fullgångna barn, som efter födelsen fingo syfilis, samt 16 under observationstiden symptomfria barn.

Ifall afdelningens bägge grupper sammanföras, finna vi, att de 110 kvinnorna före infektionen födt 53 barn, hvaribland 2 dödfödda, och efter infektionen 163 barn med 43 aborter, 22 ofullgångna o. s. v., 63 efter födelsen syfilitiska samt 35, såvidt bekant är, från syfilis fria barn.

Mortaliteten för hela den sist nämnda barnskaran uppgick till 64,4 %, men, om endast de barn, räknas, hos hvilka syfilis ansågs vara för handen, till 58,9 %.

Om vi hålla oss till de i tab. I upptagna och sålunda af oss närmare följda fallen, visar sig, att mortaliteten bland barnen för afdelningens första grupp eller de fall, där moderns syfilis var öfver 3 år vid hennes sista konception, uppgick till 21,7 % men om ett sedermera dödt barn medräknas till 26,1 %, och, ifall endast de syfilitiska medtagas, äfvenledes till 26,1 % (då intet af de symptomfria dog). För afdelningens andra grupp voro de

motsvarande siffrorna 54 %, 64,4 % och 57,5 % samt för hela afdelningen 47,3 %, 56,4 % och 50,9 %. För de fall ensamt, där moderns syfilis uppstått inom ett år före konceptionen, belöpte sig barnens mortalitet till 63,2 % enligt tab. I, 71,1 % om de efter utskrifningen döda medtagas, och 65,8 %, om endast de syfilitiska inberäknas.

Tabell II lemnar en öfversikt af mödrarnas specifika behandling, med förlossningarnas utgång därefter ordnad. En jämförelse af fallen, för att bedöma behandlingens inverkan på förloppet, torde hafva ringa värde, såvida ej jämförelsen gäller fall, där mödrarnas infektion inträffat ungefär lika lång tid före konceptionen, och tidens inverkan sålunda, såvidt görligt är, kan uteslutas. Siffrornas ringa storlek hindrar dock en delning af fallen i afdelningens andra grupp längre än i 3 flockar eller årsklasser. Dessa sammanfattas, och slutligen tillägges en öfversikt af behandlingen i afdelningens första grupp.

Vid kvinnornas behandling med kvicksilfver hafva vi hufvudsakligen användt smörjkur och kvicksilfverjodur, på senare tiden äfven tämligen ofta intramuskulära injektioner med olösliga preparater, mest thymolkvicksilfver. Till förklaring af rubrikerna å tabellen bör nämnas, att vi till en ordentlig behandling räknat 30 smörjningar med en något växlande kvantitet salfva, 3 gram kvicksilfverjodur, 6 thymolkvicksilfverinjektioner à 10 cgrm eller därutöfver, men för enskilda fall, i synnerhet då mer än en kur gifvits, i tabellen gått under detta mått. Till ringa behandling hafva vi, då blott en kur lämnats, räknat mindre än 25 smörjningar, nämnvärdt mindre än 3 grm kvicksilfverjodur, mindre än 5 injektioner eller därunder.

För att ej få altför många rubriker hafva vi till sista behandlingsrubrikens första tidsafdelning hänfört ej blott sådana fall, där kvinnan fått två ordentliga kurer både före och efter konceptionen, utan äfven sådana, där hon erhållit två före och en efter eller en före och två efter konceptionen.

Det inses häraf lätt, att, om också de fall, som tillhöra olika behandlingsrubriker, i allmänhet i fråga om behandlingens kvantitet äro ganska skiljaktiga, detta dock icke alltid är förhållandet.

Den första årsklassen visar i det hela behandlingens vikt och värde för utgången, men påfallande är, att resultatet i de

Tabell II.

Tiden för moderns infektion före konceptionen.	Behandlingens kvantitet.	Mödrarna: Specifik behandling: Före och efter konceptionen	Före konceptionen	Endast under hafvandeskapet: Förra delen	Midten	Senare delen	Två eller flere gånger	Antal	Barnen: Dödfödda	Lefvande födda: Ofullgångna, svaga eller behäftade med syfilissymptom vid födelsen.	Under observationstiden syfilitiska	Under observationstiden symptomfria	Utskrifna: Symptomfria	Förbättrade	Döda
Under 1 år	Ingen behandling . . .	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—
	Ringa › . . .	—	1	3	—	2	—	6	3	—	2	1	2	—	1
	Ordentlig › . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	1) En gång	7	10	1	1	1	—	20	10	2	5	3	5	1	4
	2) Två eller flere gånger	4	—	—	—	—	6	10	2	—	4	4	5	1	2
		11	**11**	**4**	**1**	**3**	**6**	**38**	**17**	**2**	**11**	**8**	**12**	**2**	**7**
1—2 år	Ingen behandling . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1
	Ringa › . . .	—	6	—	—	—	—	6	—	1	4	1	2	1	3
	Ordentlig › . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	1) En gång	2	7	—	—	—	—	9	—	3	4	2	5	1	3
	2) Två eller flere gånger	5	6	—	—	—	—	11	1	1	5	4	7	—	3
		7	**19**	—	—	—	—	**27**	**1**	**6**	**13**	**7**	**14**	**2**	**10**
2—3 år	Ingen behandling . . .	—	—	—	—	—	—	2	—	1	1	—	1	—	1
	Ringa › . . .	—	6	—	—	—	—	6	—	1	5	—	—	—	6
	Ordentlig › . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	1) En gång	—	7	—	—	—	—	7	1	2	3	1	4	1	1
	2) Två eller flere gånger	—	7	—	—	—	—	7	—	1	6	—	3	1	3
		—	**20**	—	—	—	—	**22**	**1**	**5**	**15**	**1**	**8**	**2**	**11**
Under 3 år	Ingen behandling . . .	—	—	—	—	—	—	5	2	2	1	—	1	—	2
	Ringa › . . .	—	13	3	—	2	—	18	3	2	11	2	4	1	10
	Ordentlig › . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	1) En gång	9	24	1	1	1	—	36	11	7	12	6	14	3	8
	2) Två eller flere gånger	9	13	—	—	—	6	28	3	2	15	8	15	2	8
		18	**50**	**4**	**1**	**3**	**6**	**87**	**19**	**13**	**39**	**16**	**34**	**6**	**28**
Öfver 3 år	Ingen behandling . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Ringa › . . .	—	6	—	—	—	—	6	—	—	6	—	3	2	1
	Ordentlig › . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	1) En gång	—	8	—	—	—	—	8	—	—	5	3	5	—	3
	2) Två eller flere gånger	3	6	—	—	—	—	9	1	—	4	4	7	1	—
		3	**20**	—	—	—	—	**23**	**1**	—	**15**	**7**	**15**	**3**	**4**

fall, där modren fått en ringa behandling före eller efter konceptionen icke äro sämre utan snarare bättre än i sådana, där hon erhållit en ordentlig kur och i 7 fall af 21 en dylik både före och efter konceptionen. I tre af dessa 7 fall (fall 14, 17 och 33) hade den första behandlingen försiggått kort före konceptionen, den andra i två fall i början af graviditeten och i det tredje i 7:e och 8:e månaden, men där följde 2 gånger abort och en gång ofullgånget barn.

Bland de 10 fall, i hvilka behandlingen kunde anses kraftigare, voro sju, där kvinnan blifvit två gånger behandlad under hafvandeskapet. I alla dessa fall föddes fullgångna barn, af hvilka 3 sedermera fingo syfilis, men 4 förblefvo symptomfria under observationstiden, som för 3 af dem räckte öfver 3 månader. I de tre öfriga fallen framgick ett barn, som sedan fick syfilis, och två aborter. I ett af de senare (fall 6) hade kvinnan under 9 månader före konceptionen blifvit 3 gånger behandlad med i alt 80 smörjningar och fick i hafvandeskapets 7:e och 8:e månad 4 thymolkvicksilfverinjektioner à 10 cgrm, då abort påkom. I det andra (fall 4) hade hon vid första anfallet (kring 6 månader före konceptionen) fått 5 kalomelinjektioner à 10 cgrm och samma behandling kort före konceptionen samt 4 dylika injektioner i 9:e månaden. I detta sist nämnda fall likasom i ett af de ofvan nämnda (fall 17) kan det misstänkas, att behandlingen varit vållande till den olyckliga utgången, hvarom mera längre fram.

I detta tidiga stadium af moderns syfilis eger kvicksilfver endast ringa förmåga att hindra syfilis' utveckling hos fostret, och först i de fall, där modern erhållit två kurer under hafvandeskapet, framträder enligt denna statistik dess verkan tydligare åtminstone så till vida, att aborter och ofullgångna barn uteblifvit.

Den särskildt i fråga om aborternas frekvens i 2:a och 3:e årsklassen framträdande förbättringen är, såsom redan framhållits, utan tvifvel mest beroende af tidens inverkan på moderns syfilis. Alla de hit hörande 49 kvinnorna med undantag af 3 hade vid första anfallet af syfilis fått kvicksilfverbehandling, ordentlig i 34, ringare i 12 fall. Af de 34 hade 12 fått ännu en och 4 flere kurer, vanligen snart efter den första och nästan alltid inom ett år efter infektionen. I hvad mon denna behandling influerat på nu i fråga varande förlossningar är omöjligt att med visshet afgöra. Tabell II angifver emellertid för bägge

årsklasserna en förbättring i mon af behandlingens större kvantitet. Inom andra årsklassen är denna förbättring särdeles tydlig, men beror här mycket på en senare behandling i en del fall. I 7 af dess 27 casus fick modern nämligen behandling äfven under hafvandeskapet, och i alla dessa utom ett, där abort inträffade, föddes fullgångna barn, af hvilka två fingo lindrig syfilis men icke mindre än fyra förblefvo symptomfria under observationstiden, som för två öfversteg och för ett uppgick till nära 3 månader. I de öfriga 20 fallen föddes endast 3 så kvalificerade barn. Om man frånser dessa 7 fall och för bägge dessa årsklasser i öfrigt sammanför rubrikerna »ingen» och »ringa» behandling med sina 15 fall å ena sidan och de öfriga rubrikerna med sina 27 fall å den andra, finner man, att i fråga om förlossningarnas utgång någon, dock ringa skilnad föreligger, men däremot en mycket ansenlig i afseende å mortaliteten hos barnen, som för de förra uppgick till 73 % och för de senare till knappt 41 %. I denna lägre mortalitet torde man hafva rätt att se en inverkan af den förutgångna kraftigare behandlingen.

I 2:a och 3:e årsklassen har visserligen aborternas antal varit ringa, men resultatet dock i det hela ganska ogynsamt. Den jämförelsevis tillfredsställande utgång, som förlossningarna fingo i de 7 fall af 2:a årsklassen, där mödrarna erhölllo behandling under hafvandeskapet, visar hän på vikten af en sådan äfven i detta stadium af kvinnans syfilis och utan afseende på den förutgångna behandlingen. Å andra sidan häntyder den på, att därvid en kur under graviditeten har större verkan, än då moderns syfilis daterar sig från första året före konceptionen.

I det fall af abort (fall 2), som inträffade inom 3:e årsklassen, hade kvinnan kring 2 år före konceptionen fått en ordentlig kur å sjukhuset; i det inom andra årsklassen (fall 3) var hon inficierad kring 15 månader före konceptionen och hade under året, som föregick denna, blifvit 3 gånger ordentligt behandlad likasom en gång i 4:e månaden af hafvandeskapet.

Vid sammanställningen af de tre årsklasserna angifver tabellen, att behandlingen haft en betydlig inverkan, om man ser på barnens mortalitet, som för de fall, i hvilka modern ej erhållit någon behandling, uppgår till 80 % och för de öfriga behandlingskategorierna till resp. 72, 51 och 41 %. Det proportionsvis vida större antal af aborter, som här framträder vid den tredje än andra behandlingskategorien, är så till vida endast skenbart, som det nästan helt och hållet bestämmes af första årsklassen.

Ju större tidsskilnaden är mellan behandlingen och hafvandeskapet i fråga, desto mindre kan man draga några slutsatser rörande behandlingens inverkan. Detta gäller särskildt om afdelningens första grupp och så mycket mera, som fallens antal är så ringa. Tab. II antyder visserligen äfven här en lyckligare utgång af förlossningarna, då modern fått åtminstone en ordentlig behandling ändå denna varit ringa, men detta beror hufvudsakligen därpå, att 4 kvinnor med utpräglad tertiär syfilis, såsom man kunnat vänta, fått friska barn likasom en kvinna, som hade symptom på gränsen till tertiära.

Ofvanstående siffror äro alt för små, att bilda bas för ett säkrare omdöme i den viktiga frågan om behandlingens inverkan på förlossningarnas utgång och mortaliteten hos barnen med alla dess detaljer, men de hafva dock sitt intresse och kunna tjäna som inlägg i en större statistik.

Om det nu icke lider något tvifvel, att tiden och behandlingen hafva ett stort inflytande på moderns infektionsförmåga gentemot fostret, framgår det dock tydligt såväl af tab. II som därtill gjorda erinringar, att många oregelbundenheter förekomma, till hvilkas förklaring hvarken tiden eller behandlingen äro tillräckliga. Af tvänne kvinnor, smittade lika lång tid före konceptionen och behandlade på samma sätt, kan den ena sålunda få abort, den andra ett lifskraftigt om också syfilitiskt eller till och med friskt barn. Eller kan man få se en kvinna, som erhållit en obetydlig behandling, föda ett lifskraftigt barn, medan en annan, hvilken erhållit en kraftig behandling, aborterar eller föder ett ofullgånget och svagt barn.

Till dessa oregelbundenheter kan man tänka sig åtskilliga orsaker. För de fall, där oaktadt en kraftig behandling utgången blifvit olycklig, får man söka anledningen däruti, att vissa fall äro refraktära för kvicksilfrets inverkan, det må nu i det enskilda fallet vara modern eller fostret. Bland öfriga orsaker, som äro tillgängliga för undersökning, kan möjligen syfilis' när- eller frånvaro hos fadern förtjäna beaktande. Om vi närmare ingå på denna fråga, visar sig följande. Af de 87 till afdelningens andra grupp hörande kvinnorna uppgåfvo sig med bestämdhet 27 vara inficierade af den vid sista befruktningen verksamme mannen och 38 af annan samt frisk person, medan i afseende å 22 saken måste betecknas som osäker, emedan kvinnorna i åtskilliga fall hade sväfvande uppgifter och i andra ej säkert visste, hvem som var fader och därtill i några

casus anteckning ej blifvit gjord. Af de 27 föreningar, där bägge föräldrarna voro syfilitiska vid kvinnans sista konception, framgingo 8 aborter, 5 ofullgångna och svaga barn, 9 sedan syfilitiska och 5 under observationstiden symptomfria. I de 38 fall, där modern ensam skulle vara smittad, voro motsvarande siffror 7, 5, 17, 9 och i de osäkra 22 fallen resp. 4, 3, 13 och 2. Det är onekligt, att i de fall, där bägge föräldrarna hade syfilis, utgången var ej obetydligt sämre än i dem, där modern ensam var smittad. Vid närmare undersökning finner man, att af de 27 i förra serien 15 och således mera än hälften af mödrarna voro inficierade mindre än ett år före konceptionen, af de 38 i den senare serien endast 14, och att således de förra befunno sig i ogynsammare ställning. Ser man åter på behandlingen och därvid använder samma rubriker som i tab. II: »ingen», »ringa» o. s. v., finner man för förra serien siffrorna 4, 6, 12, 5 samt för den senare resp. 1, 7, 14 och 16, hvaraf framgår, att den förra fick en långt mindre kraftig behandling. Dessa förhållanden förklara fullt nöjaktigt olikheten i förlossningarnas utgång inom de två serierna och någon hållpunkt för den meningen, att faderns infektionsförmåga adderats till moderns, och att det sämre resultatet däraf varit en följd, förefinnes ej.

Innan första afdelningen lemnas, vill jag beröra en omständighet, som ej saknar intresse. Då man betänker, att från och med 1870 flere tusen kvinnor af de lägre samhällsklasserna här i Stockholm blifvit inficierade med syfilis och därutaf öfver 2,000 förutom de prostituerade blifvit vårdade å förut nämnda sjukhus samt tillika, att, såsom redan är nämndt, syfilitiska patienter och särskilt syfilitiska späda barn endast undantagsvis vårdats å andra sjukhus, kan man ej annat än finna hela antalet fall i vår första afdelning ganska litet. Särskildt måste man förvåna sig öfver det ringa antalet i afdelningens första grupp, låt också vara, att många af dessa kvinnor aflidit eller afflyttat från staden. Af kvinnor, som fått syfilis mer än 3 år före sista konceptionen, blefvo endast 23 intagna, hvaribland några från landsorten, och af barnen voro blott 15—16 behäftade med syfilis. Man tvingas till det antagandet, att kvinnorna, sedan 3 år förflutit mellan deras infektion och konception, mera sällan gifva syfilis åt sin afkomma. Några närmare och bestämda data i detta afseende kunna ej lemnas, och ett sådant

antagande strider säkerligen emot mångas mening, men å andra sidan måste det medgifvas, att våra kunskaper om den tidslängd, hvarunder moderns eller föräldrarnas syfilis i regeln öfvergår på barnen, äro ganska ringa. Den syfilidologiska literaturen lemnar talrika exempel på långvarig infektionsförmåga hos föräldrarna, men de utgöra undantag och måste såsom sådana uppfattas. De statistiker, som forefinnas från vanliga sjukhus, barnsjukhus eller andra offentliga anstalter, kunna hafva stort intresse, men för berörda fråga ega de föga värde. Sedan kvinnorna upphört att föda syfilitiska barn och att få recidiv af sin sjukdom, försvinna de ur synkretsen, och af de äldre årsklasserna är det endast ett fåtal, som kvarstår på scenen. Det är af detta fåtal, som statistikerna måste uppgöras, medan den stora massan icke kommer med i räkningen.

Enskilda forskare hafva försökt att på grund af egen erfarenhet beräkna durationen af föräldrarnas infektionstörmåga. Sålunda vill Kassowitz[1]) sätta dess minimum till 7 år och maximum till 14 år med en medelsiffra af 10 år vid spontant förlöpande, icke genom kvicksilfver bekämpad syfilis. Men dels äro de fall, af hvilka han dragit sina konklusioner, till antalet altför få, att i denna viktiga fråga tillerkännas någon större betydelse, och dels kan det i våra dagar anses omöjligt att erhålla någon nämnvärd statistik af denna beskaffenhet, enär säkerligen endast undantagsvis syfilis, fastän känd, får under många år grassera i en familj, utan att man genom föräldrarnas och i första rummet moderns specifika behandling söker förhindra sjukdomens öfvergång på barnen.

Att erhålla tillräckliga och säkra statistiker i denna fråga torde höra till de fromma önskningarnas område, men det är ganska sannolikt, att desamma, därest de kunde komma till stånd, skulle visa betydliga skiljaktigheter för olika platser, beroende på flere omständigheter och däribland kanske äfven den olika benägenhet, som de lägre samhällsklasserna hafva att låta behandla sig för syfilis.

---

[1]) Die Vererbung der Syphilis. Medizin. Jahrbücher., Wien 1875, s. 450.

Afdelning II.

Modern smittad samtidigt med konceptionen eller nära denna tid.

Denna afdelning är för statistiken nödvändig, men kan ej blifva noga afgränsad. I alla sådana fall, där kvinnan vid konceptionstiden ofta eller upprepade gånger haft samlag, kan man aldrig med visshet veta, om infektionen till tiden sammanfaller med konceptionen eller den inträffat kort förut eller efteråt. Bland de här upptagna fallen finnas sådana, där man på grund af kvinnans noggranna uppgifter och andra omständigheter kan med säkerhet antaga en samtidighet, men de äro få. I allmänhet har jag till denna afdelning räknat de fall, i hvilka vid den examen, som företagits med kvinnan, enligt hennes uppfattning minst 9—10 veckor och högst 3 månader eller däromkring, legat mellan konceptionen och de sekundära, syfilitiska symptomens utbrott, hvarvid stundom primäraffektionens uppkomst kunnat vara en god ledning. I mer än ett fall har vår första anteckning fått justeras efter partus, då det visat sig, att kvinnan ej haft reda på tiden för konceptionen. I några fall har närmare precision ej kunnat vinnas, men de hafva hvarken med någon säkerhet kunnat hänföras till första eller tredje afdelningen och därföre inregistrerats i den andra. Att under sådana förhållanden åtskilliga casus här äro upptagna, där infektion och konception icke äro samtidiga, är otvifvelaktigt. För egen del hyser jag den åsikten, att i dessa fall mödrarna snarare blifvit smittade i hafvandeskapets första månad än före konceptionen, och därföre talar också det ringa antal, som jag ansett mig böra hänföra till den förra af dessa tider.

I fråga om moderns inverkan på fostret har det så till vida ingen betydelse, om hon smittats samtidigt med eller efter konceptionen, att denna inverkan i bägge fallen blir postkonceptionel, och äfven om modern smittats en eller ett par veckor

före konceptionen, måste vi, såvidt för närvarande kan dömas, antaga, att hon först efter densamma kan inficiera sitt foster. I alla de till denna afdelning räknade fall, där barnen fått syfilis, är denna, såvidt den utgått från modern, postkonceptionel.

Två af kvinnorna påstodo sig vara befruktade af en och smittade af en annan man. Det är mycket möjligt, att så varit förhållandet med en eller annan af de öfriga, men det är högst antagligt, att i de allra flesta fallen samme man befruktat och smittat kvinnan, och att barnfadren varit syfilitisk vid kvinnans konception, låt vara att i åtskilliga fall infektion och konception till tiden ej fullkomligt sammanfalla.

Till denna afdelning höra 44 kvinnor, af hvilka 5 under 21 år, 32 mellan 21—30 och 7 mellan 31—40 år. Fem voro gifta och 39 ogifta och ibland de senare en konkubin.

Förlossningarnas utgång blef 18 aborter, 6 ofullgångna eller svaga barn, 7 efter födelsen syfilitiska barn samt 13 barn, som under observationstiden förblefvo symptomfria.

Af aborterna uppträdde 10 i 8:e och 9:e månaden tillsammans, 2 i 7:e—8:e, 3 i den 7:e och 3 i 6:e månaden eller därunder.

Fosterkropparna undersöktes i 9 af dessa fall och företedde inga makroskopiska förändringar utom en gång betydlig osteokondrit och en gång mjältansvällning med perisplenit; det förra af dessa fall i 7:de, det senare i 9:e månaden.

I 10 af fallen undersöktes placenta och befans utan anmärkning i 3 fall, tunn och blek i 3, medan i 3 fall träffades en måttlig villös placentit, mest i de öfre delarna af kakan samt i ett fall endarterit och endoflebit i nafvelsträngens kärl med ojämn blodfördelning i placenta. Af de sist nämnda 4 fallen voro 2 i 7:e och 2 i 8:e—9:e månaden.

Till den andra kategorien höra 6 barn. Af dessa voro 4 ofullgångna och svaga. Ett dog efter 17 timmar, ett annat på 15:e dygnet, medan två lefde i nära sex veckor. Hos ett af dessa uppträdde papulös syfilid och mjältsvulst. I två af fallen träffades vid obduktionen en stor mjälte och osteokondrit, hos ett atrofiskt barn inga makroskopiska förändringar och i ett fall endast tecken på kolit. På grund af brist på lämpligare plats hiträknas fall 19, där barnet ansågs fullgånget, men vid födelsen hade ett utbredt exantem å sin kropp. Detta ökades, och då modern jämte barnet en vecka senare inkom på sjukhuset, hade det senare öfver nästan hela kroppen ett utslag,

som i alla afseenden till efflorescensernas form, färg, gruppering liknade ett fall af erythema multiforme (Hebra). Blödning från nafveln påkom snart, och barnet afled på 9:e dygnet. Desto värre kom jag ej i tillfälle att obducera detsamma. Utslaget kan ej anses hafva varit af syfilitisk natur utan beroende af en infektion af okänd beskaffenhet. I det sjette och sista af dessa fall hade barnet vid födelsen pemphigus å händer och fötter och afled följande dag. Vid obduktionen funnos å lungorna 19—20 kring ärtstora än isolerade än i grupp stående gummisvulster och en förstorad mjälte.

Placenta undersöktes i två af fallen och visade sig i det ena utan anmärkning, medan i det andra fans en villös placentit mest i öfre delarna.

Hos de 7 barn, som föddes fullgångna och efter födelsen fingo symptom af syfilis, uppträdde dessa 3 gånger i första, 3 gånger i andra och en gång i fjärde månaden. I 5 fall behandlades barnen med mercurialia. Två utskrefvos som symptomfria, två som förbättrade och tre som döda. Af de först nämnda afled ett snart af tarmsjukdom. Ett annat af barnen (fall 28), som jämte modern inkom direkte från barnbördshuset, fostrade sig väl. I fjärde månaden uppstodo tecken till hydrocephalus och mjälten ansvälde, men i öfrigt funnos inga symptom af syfilis. Barnet utskrefs på moderns enträgna begäran och afled snart. Ett annat var vid födelsen något klent och hade stor mjälte, som ännu mera ökades, och en envis tarmkatarr, men inga andra symptom af syfilis. Hos de 3 på sjukhuset aflidna träffades vid obduktionen i ett fall bronkopneomoni, mjältförstoring och osteokondrit, i ett annat interstitiel hepatit m. m. och i det tredje, där barnet hann en ålder af nära 21 månader, allmän tuberkulos.

I tre af fallen undersöktes placenta, som var frisk i ett fall, företedde en tämligen betydlig kalkafsättning i ett och talrika hvita infarkter i det tredje.

Af de 13 barn, som höllo sig symptomfria, voro 3 vid utskrifningen från sjukhuset öfver 6 månader gamla, 2 mellan 4—6 månader och 6 mellan 3—4 månader, medan ett barn afled därstädes redan i första månaden af lunginflammation utan att under lifvet eller post mortem visa tecken till syfilis, och ett i hemmet äfven i första månaden af tarmsjukdom. Ett af barnen dog efter ett par månader af okänd sjukdom. Två höllo sig friska vid 1—1½ års ålder.

I 6 af dessa fall undersöktes placenta och företedde i 5 inga eller ringa förändringar, medan i ett fall (fall 44) moderkakan var frisk men å umbilikalvenens intima förefans en liten, upphöjd, gulhvit fläck.

Af mödrarne voro 29 förstföderskor och 15 omföderskor. De sednare hade före infektionen fått 27 barn, hvarutaf ett ofullgånget snart dött, de öfriga friska.

Mortaliteten bland barnen var ganska hög. Enligt Tab. I uppgick den till 65,9 %, om de efter utskrifningen döda medräknas till 72,7 %, och ifall endast de upptagas, hos hvilka syfilis ansågs konstaterad, till 65,9 %.

Tabell III gifver en öfversigt af mödrarnas specifika behandling och i sammanhang därmed förlossningarnas utgång och de lefvande födda barnens utskrifning.

	Mödrarna.						Barnen.						
	Specifik behandling under hafvandeskapets							Lefvande födda.					
	förra del.	midt.	senare del.	förra och senare del.	midt och senare del.	Antal.	Dödfödda.	Ofullgångna.	Under observationstiden syfilitiska.	Under observationstiden symptomfria.	Utskrifna. Symptomfria.	Utskrifna. Förbättrade.	Utskrifna. Döda.
Ingen behandling	—	—	—	—	—	9	4	4	—	1	1	—	4
Ringa »	—	—	6	1	—	7	4	1	1	1	2	—	1
Ordentlig »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
En gång	3	4	8	—	—	15	7	1	3	4	3	—	5
Två gånger	—	—	1	4	8	13	3	—	3	7	7	2	1

Af denna tabell framgår, att behandlingen haft en ganska stor betydelse för fallens utgång, om man jämför de två första behandlings-kategorierna med den fjärde. Den tredje synes äfven visa ett bättre resultat genom antalet af de barn, som förblifvit symptomfria, men därvid förekommer, att två af dessa 4 barn äro just de, som afledo i första månaden af interkurrerande sjukdomar, hvadan deras ställning är osäker.

Tydligt är, att resultatet af behandlingen, den må tillämpas när som hälst under hafvandeskapet, är mycket svagt, såvida

den ej upprepas, och ändock enligt denna statistik föga tillfredsställande. Den förnyades i 13 fall, hvarvid förekommo tre gånger abort, tre gånger fullgångna barn, som fingo symptom af syfilis, och 7 gånger barn, som under observationstiden, hvilken för alla uppgick till mer än tre månader, förblefvo friska. Om vi vilja något närmare sysselsätta oss med dessa 13 fall, finna vi, att vid ett fall af abort kvinnan hade fått 6 + 8 injektioner med 10 cgm thymolkvicksilfver och i ett annat 4 + 3 grm kvjodur. Hit har jag äfven räknat ett fall (fall 8), där kvinnan under förra hälften af hafvandeskapet erhållit 3 gram kvjodur och efter inkomsten å sjukhuset i 6:e månaden fick 11 sublimatinjektioner à 1½ cgm, då fostret hastigt dog och abort inträffade.

I de 3 fall, där barnen föddes fullgångna och sedan fingo syfilis, genomfördes behandlingen en gång fullständigt. I ett fall inkom modern andra gången först i 9:e månaden och partus påkom, då hon endast fått 18 smörjningar. I det tredje fallet instälde sig modern först i 6:e månaden och fick med afbrott 11 injektioner med 7 cgm thymolkvicksilfver.

I de fall, där barnen förblefvo symptomfria, gåfvos två kurer fullständigt 5 gånger, medan i två fall kvinnan andra gången inkom så sent, att behandlingen blef ofullständig. I ett af de förra dog barnet i första månaden af enterokolit.

I 4 af dessa 13 fall började första behandlingen i 3:e månaden, i 7 fall i den 4:e, i ett i hvardera af 5:e och 6:e månaden.

Om vi vilja tillse behandlingen i de 6 öfriga fallen, där barnen höllo sig symptomfria under observationstiden, finna vi, att modern i de fem fått en ordentlig kur, i det sjätte ingen behandling. Detta sista (fall 33) var just ett af dem, där kvinnan ansåg sig säker om att hafva blifvit samtidigt hafvande och smittad. Barnet observerades öfver 7 månader.

För att kunna genomföra behandlingen två gånger — längre torde man sällan hinna på sjukhus — erfordras emellertid två saker, hvaröfver vi ej äro herrar. Det första vilkoret är, att fostret lefver tillräckligt länge; två af våra patienter inom denna afdelning, som erhållit första behandlingen i god tid, aborterade i resp. 5:e och 7:e månaden. Det andra är, att kvinnan dels för första kuren infinner sig i rättan tid och dels ordentligt återkommer, hvilket i många fall och af olika skäl underlåtes.

I denna likasom i den första afdelningen förekomma oregelbundenheter, som visa, att tiden för moderns infektion och behandlingen långtifrån alltid äro bestämmande för förlossningarnas utgång. Sålunda får man äfven här se ett friskt barn vid ingen eller ringa och abort vid kraftig behandling eller vid en behandling af samma valör den ena gången abort, den andra ett friskt barn.

Afdelning III.

Modern smittad under hafvandeskapet.

För att afgöra, hvilka fall borde räknas till denna och ej en föregående afdelning har jag gått så till väga, som förut vid andra afdelningen är antydt, och sålunda hit hänfört sådana fall, i hvilka det af moderns examinerande framgått, att tre månader eller däromkring förflutit ifrån konceptionen och tilldess konstitutionela, syfilitiska symptom iakttogos. På samma sätt har jag sökt bestämma, i hvilken månad af hafvandeskapet moderns infektion egt rum, hvarvid dock en kortare tid eller omkring 10 veckor lagts till grund för beräkningen. Tiden för primäraffektionens uppkomst och dess beskaffenhet har därvid ofta kunnat leda vårt omdöme. I många fall hafva kvinnans symptom visat sig kort före hennes inträde å sjukhuset och i några (10) fans då ännu blott primäraffektion. Det förtjänar anmärkas, att af de till afdelningen hörande 174 kvinnorna 116 vårdades å sjukhuset redan under hafvandeskapet, och 27 inkommo direkt från barnbördshusen, hvadan de i allmänhet hade utvecklingen af sin sjukdom i godt minne. Bland de återstående 31 voro de flesta sådana, som smittats under de sista månaderna af hafvandeskapet, och hvilkas syfilis ej länge existerat. Att emellertid misstag kunnat begås och ett eller annat fall räknats till denna afdelning, som egentligen bort höra till en föregående, kan ej förnekas, men de äro säkerligen få. Vi återkomma längre fram till denna sak. Däremot har antagligen i åtskilliga fall felaktig månad angifvits, enär det ej sällan varit omöjligt att med visshet afgöra, om slutet af den ena månaden eller början af den andra vore den rätta tidpunkten.

Till denna afdelning höra 174 kvinnor med 176 barn, af hvilka först nämnda 25 voro under 21 år, 117 mellan 21—30 år, 30 mellan 31—40 och 2 öfver 40 år. Af dem voro 24 gifta och 150 ogifta, ibland de senare 6—8 konkubiner.

Afdelning III af tab. I, som är uppställd efter de olika månaderna af hafvandeskapet, i hvilka moderns infektion anses

hafva inträffat, visar riktigheten af den nu allmänt gällande åsikten, att faran för fostret är störst, då modern smittats under det tidigare stadiet af graviditeten, och sedermera efter hand minskas. Främst i farlighet för fostret har första månaden visat sig, och därefter kommer den andra. Tredje och fjärde månaden stå hvarandra nära och förete likaledes talrika aborter och stor mortalitet, om de också i båda dessa afseenden komma efter de första. Femte och sjette månaderna kunna betraktas som en öfvergångstid, af hvilken den femte månaden närmar sig de föregående och den sjette de efterföljande månaderna. I den förra har aborternas frekvens betydligt sjunkit, men de finnas dock, och antalet af ofullgångna barn är ej ringa, hvarjämte mortaliteten är mycket stor. I den senare åter finnes visserligen dock endast en abort på 18 fall, — möjligen var kvinnan smittad redan i femte månaden — men intet ofullgånget barn, och dödligheten är ganska måttlig. Från och med sjunde månaden förekommer hvarken abort eller ofullgånget barn. I motsats till hvad af de fleste författare anföres, uppträdde syfilis ofta eller i sju fall af nio hos barnet, där modern blifvit smittad i åttonde månaden och i ett fall, där hennes infektion sannolikt egt rum i början af nionde månaden (möjligen dock i slutet af den åttonde).

Utgången af de 176 förlossningarna blef 38 aborter, 25 ofullgångna, svaga eller med syfilitiska symptom vid födelsen behäftade barn, 70 under observationstiden syfilitiska samt 43 symptomfria barn.

Af aborterna uppträdde 24 i 8:e och 9:e månaden tillsamman, 2 i 7:e och 8:de, 6 i den 7:e och 6 i 6:e månaden eller därunder.

I 18 af fallen undersöktes fosterkroppen och befans utan makroskopisk förändring i 12, medan i 5 iakttogs osteokondrit, i 2 fall mjältaffektion och i ett interstitiel hepatit. Af dem med specifika förändringar var ett i 7:e, de öfriga i 8:e och 9:e månaden.

Placenta undersöktes i 21 fall. Den var frisk eller utan specifika förändringar i 6 fall, medan i 2 förefans villös placentit, i 4 villös placentit och förändring i nafvelsträngskärlen samt i 9 mer eller mindre betydlig förändring i dessa kärl, hvarvid kakan kunde förete en eller annan ej specifik abnormitet. Af fallen med specifik förändring var ett—två i 7:e, de öfriga i 8:e och 9:e månaden.

Af de ofullgångna barnen voro 4 lifskraftiga. Ett af dessa utskrefs i slutet af 4:e månaden, utan att hafva företett symptom af syfilis, och afhördes ej. Ett annat visade ej under vistelsen å sjukhuset (jämt 3 månader) tecken till syfilis men vårdades snart därefter för denna sjukdom å poliklinik. De två öfriga fingo syfilis och utskrefvos symptomfria.

Ofullgångna och ej lifskraftiga voro 19 barn. Endast 4 af dessa hunno en ålder af 3 veckor, och det äldsta lefde 67 dagar. Tre af barnen blefvo ej obducerade. Ett, som var atrofiskt, företedde inga makroskopiska förändringar. I två fall (fall 51 och 57) afledo barnen genom blödning från nafveln; blödning äfven i huden; vid obduktion ingenting att anmärka utom eckymoser i plevrabladen i ena fallet. I ett fall (fall 44) anträffades ej obetydlig blödning i stora hjärnans mjuka hinnor, i ett annat (fall 60) blödning kring medulla obl., vidare (fall 45) blödning i lilla hjärnans kortikalsubstans jämte allmän hyperemi i hjärnan och dess hinnor och (fall 43) i corpora striata. Detta sista barnet likasom dess tvillingsyster visade en ansenlig blodöfverfyllnad i hjärna, lefver och mjälte. I fall 50, där barnet endast lefde 3 timmar, träffades talrika punktformiga blödningar i subkutana bindväfven, muskler och serösa hinnor samt en ej obetydlig blödning öfver tentorium, därjämte allmän peritonit, stor mjälte, interstitiel hepatit m. m. I fall 47 var nafveln oläkt, utan tydlig förändring i umbilikalkärlen, men allmän peritonit, ikterisk lefver, eckymoser i lungsäckarna och hemorragiska härdar i lungorna. I fall 59 artade sig barnet till en början tämligen bra, fick i början af andra månaden enterit och allmän anasarca, i midten af samma månad symptom af syfilis, kort därefter blödning ur mun och näsa samt afled snart; vid obduktionen hjärnanemi, interstitiel hepatit, stor mjälte, högersidig plevrit. I fall 54 befans hufvudskålen mer än vanligt förbenad, hvarjämte träffades mjältförstoring och interstitiel hepatit. I fall 53 inkom det svaga barnet i döende tillstånd och anmärktes post mortem ingenting annat än en stor mjälte med perisplenit. I fall 56 fans en allmän hyperemi i peritoneum, mest venstra sidoregionen och kring mjälten, som likasom lefvern var blodrik och sväld. I fall 39 var barnet atrofiskt men lefde 61 dagar. Vid obduktionen iakttogs subkutant ödem i jugulum och en slapp, blek ansvällning å luftstrupens mynning och närmaste delar; preparat från mukosan och submukosan visade under mikroskopet talrika levkocyter och baciller (se

bilagan). I fall 61 fostrade sig barnet till en början ganska väl, fick i början af 3:e veckan ett pemphigusartadt utslag å händer och fötter samt fjällande papler å hakan. Förbättring under kvicksilfverbehandling. Enterokolit och död. Vid obduktionen ependymit i hjärnans sidoventriklar och osteokondrit m. m.

De två återstående barnen företedde vid födelsen symptom af syfilis, det ena i form af pemphigus och det andra af multipla benaffektioner. Det förra afled på 3:e dygnet, och vi kommo ej i tillfälle att obducera detsamma. Det andra fick genast kvicksilfverbehandling och utskrefs symptomfritt.

I 10 af dessa fall undersöktes placenta, som var frisk eller utan specifik förändring i 7 fall, medan i 2 träffades villös placentit och i ett lindrig förändring i nafvelsträngens kärl.

I 70 af de till denna afdelning hörande fallen voro barnen vid födelsen fullgångna eller nära fullgångna och symptomfria, men fingo symptom af syfilis under observationstiden. Dessa visade sig i 31 fall under första, i 27 under andra, i 2 under tredje och i 10 fall efter tredje månadens slut. I 58 fall blefvo barnen behandlade med mercurialia. Såsom symptomfria utskrefvos 25, förbättrade 6 och döda 39. Af de först nämnda afledo 4 snart af akuta sjukdomar och af de förbättrade 2. Dödsorsaken var i 7 fall blödning från flere organ, hufvudsakligen hjärnans hinnor, men vanligen äfven huden, i enskilda fall näsa och mun, ögonlocken, underläppen, ingången till larynx m. m. En gång (fall 75) träffades ett betydligt hæmatoma duræ matris jämte allmän hemorragisk pakymeningit, den senare 2 gånger (fall 72 och 118), två gånger (fall 86 och 109) blödning öfver och under tentorium och en gång (fall 92) under detsamma och ned kring medulla oblongata. Hit räknas äfven fall 124, där barnet fick syfilitiska symptom i slutet af andra månaden, behandlades och blef symptomfritt, men mot slutet af femte månaden fick blödning från ventrikeln, därefter huden, och afled under andnöd. Vid obduktionen fans en kolossal thymus och en högst betydlig blödning kring denna. Rörande alla dessa fall hänvisas i öfrigt till bilagan. I icke mindre än 11 fall förefans en hjärnaffektion i form af ependymit i ventriklarna, hufvudsakligen i sidoventriklarna i olika utvecklingsstadier och utbredning. Vi återkomma längre fram till denna hjärnaffektion. I några af dessa fall anträffades ingen annan dödsorsak, medan i de flesta funnos andra syfilitiska förändringar såsom

mjältsvulst, interstitiel hepatit (2 gånger) eller interkurrerande sjukdomar. I ett af dessa fall (fall 107) utvecklade sig en svampbildning i oesophagus, hvaraf förorsakades brandiga sår därstädes. I 4 andra fall fans såsom dödsorsak interstitiel hepatit; i alla dessa var mjälten ansväld. I 15 fall utgjordes dödsorsaken af interkurrerande sjukdomar, och i 7 af dessa funnos tecken till syfilis i form af mjältsvulst och någon gång osteokondrit, medan i 8 fall syfilitiska organförändringar ej kunde upptäckas. I två af fallen träffades rachitis, en gång å hufvudskålen och en gång i refbenen. I två fall gjordes ej obduktion.

I 25 af dessa fall blef placenta undersökt och befunnen frisk i 10 fall samt med icke specifika förändringar i 10, medan i 2 träffades en måttlig villös placentit och i 3 förändring i nafvelsträngens kärl, endast i det ena något betydligare.

Af de 43 barn, hvilka upptagits såsom symptomfria under observationstiden, voro vid utskrifningen 12 öfver 6 och 5 mellan 4—6 månader gamla, medan 9 utskrefvos i 4:e månaden, 12 i 3:e, 1 i 2:a och 4 i första månaden. Ej mindre än 8 af dessa barn afledo å sjukhuset, hvaraf 3 öfver och 5 under 3 månader gamla. Dödsorsaken var sjukdomar i lungor, mage och tarmkanal samt därtill en gång ansiktsros, en gång abscess längs urachi förlopp med peritonit samt en gång pyleflebit. Af de uttagna barnen anmäldes snart 3 som döda.

Placenta undersöktes i 16 af dessa fall och visade sig frisk eller utan specifika förändringar i 14, medan i ett (fall 133) nafvelsträngsvenens intima var hvitgul och förtjockad i en utsträckning af 3 cm. från insertionen och i det andra (fall 143) så väl venen som den ena arteren förtedde en dylik förändring. Det förra af dessa barn vårdades å sjukhuset i 2 månader, 12 dagar, det senare i 3 månader på en dag när. Bägge fostrade sig väl, voro vid utskrifningen friska och afhördes ej.

De fall, i hvilka modern blifvit inficierad under de tre sista månaderna, förtjäna ett litet särskildt kapitel. Endast i tre af dessa casus var kvinnan föremål för behandling före partus, och i ett af dem var behandlingen endast påbörjad, när förlossningen inträffade. Med frånseende af de två fallen, i hvilka barnet i det ena utskrefs direkt från Barnbördshuset och i det andra förblef symptomfritt under vistelsen å sjukhuset, utgöra de öfriga 27 fallen en afdelning för sig, i hvilken ingen behandling stört det naturliga förloppet. I dessa föddes 13 barn, som fingo syfilis

efter födelsen och 14, som förblefvo fria därifrån. Mödrarna uppgåfvo i 3 fall, att barnen blifvit födda något för tidigt, men i öfrigt voro de fullgångna och väl utvecklade.

I de casus, där barnen fingo symptom af syfilis, ansågs modern 5 gånger inficierad i 7:e, 7 i 8:e och en gång i 9:e månaden. I detta sist nämnda fall uppträdde specifika symptom hos modern i slutet af 6:e eller början af 7:e veckan efter partus. Det är möjligt, att hon blifvit smittad redan i slutet af 8:e månaden, enär partus och puerperium kunna hafva retarderat utvecklingen af symptomerna. Af samma skäl låter det tänka sig, att ett eller annat af dem, hvilka upptagits såsom smittade i 8:e månaden, rätteligen tillhöra den 7:e.

Af de syfilitiska barnen fingo enligt moderns uppgift 2 eller kanske 3 symptom af sjukdomen i första månaden efter födelsen, 8 i den andra, 1 i fjärde och 1 i femte månaden. Det sist nämnda barnet (fall 120), hvars symptom voro obetydliga, var säkerligen inficieradt efter födelsen och sannolikt äfven det näst sista. I detta fall (fall 125) yppade sig moderns symptom i 5:e veckan efter partus och barnets i den 14:e, och den förra omtalade, att hennes vårtor varit såriga. Barnet afled å sjukhuset af gastroenterit + nefrit och förctedde vid obduktionen inga organsjukdomar af syfilitisk natur. Sex af barnen utskrefvos såsom symptomfria, 2 som förbättrade och 5 som döda, hvaribland det nyss omtalade. Vid de öfrigas obduktion träffades en gång blödning kring en stor thymus (fall 124), en gång ependymit (fall 130), medan en gång en stor abscess å halsen (fall 127) och en gång nefrit (fall 119) dödat barnen; i alla dessa fall förefans mjältaffektion i mer eller mindre grad.

Af de barn, som under observationstiden höllo sig symptomfria, voro vid utskrifningen 7 öfver 6 månader gamla, 1 i 6:e, 2 i 5:e, 1 i 4:e och 3 i 3:e månaden. Tre af dem afledo å sjukhuset, det ena af bronkopneomoni + oedema glottidis, de andra af enterokolit. Två af dessa voro i 3:e månaden, ett i den 5:e.

Af de 8 mödrar, som enligt vår statistik voro inficierade i 8:e och 9:e månaden, fick 1 sina syfilitiska symptom i 3:e—4:e, 2 i 4:e, 4 i 5:e och 1 i 6:e—7:e veckan efter partus. Några af dessa fall och särskildt det sist nämnda synas utvisa, att fostrets infektion kan ega rum, då modern befinner sig i början af andra inkubationsstadiet eller kort efter primäraffektionens uppkomst. Två af de öfriga kvinnorna (fall 171 och 174), som

voro smittade i 9:e månaden, och hos hvilka primäraffektionen började observeras några dagar efter partus, fingo friska barn.

Hos hälften af barnen uppträdde symptom af syfilis senare än hos modern, medan de hos den andra hälften visade sig ungefär samtidigt eller enligt mödrarnas påstående till och med något tidigare. Dessa senare fall häntyda på, att syfilis hos fostret och det späda barnet kan vida hastigare utveckla sig än hos den vuxne, såvida man ej får antaga, att, såsom ofvan är antydt, utvecklingen af dessa mödrars lues blifvit retarderad genom partus och puerperium.

En viss osäkerhet råder — märkligt nog — ännu rörande den tidpunkt af hafvandeskapet, efter hvilken en med syfilis smittad kvinna ej längre kan anses vara i stånd att inficiera sitt barn. Mer än en framstående författare yttrar sig med reservation eller mindre bestämdt i saken, medan andra medgifva, att infektionen kan ega rum, då modern fått sin sjukdom i åttonde månaden. För öfrigt saknas ej säkra uppgifter i detta afseende. Sålunda omtalar Flindt i sin mycket läsvärda afhandling [1]) 7 fall från Kommunehospitalet i Köpenhamn, där i de flesta modern med säkerhet blifvit smittad efter 7:e månadens slut och i 2 kanske i den 9:e. I fråga om 8:e månaden borde inga tvifvelsmål kunna hysas, och ingenting berättigar att neka möjligheten äfven för 9:e månaden åtminstone i dess början och särskildt i sådana fall, där primäraffektionen utvecklar sig mindre långsamt.

Om vi för denna afdelning vilja bedöma, i hvad mon förlossningarnas utgång och mortaliteten bland barnen varit beroende af behandlingen, låter det sig ej göra, att sammanfatta alla fallen, enär de, i hvilka modern smittats under de tre sista månaderna, i det närmaste icke erhållit någon behandling men utgången varit vida gynsammare än för de föregående, men det möter äfven hinder att sammanställa de sex första månaderna. Den sjette bildar en tydlig öfvergång från den farligare till den mindre farliga smittningstiden, då visserligen en abort förekom, men inga ofullgångna barn och dödligheten, såsom redan anförts, var ganska måttlig, hvartill kommer, att flertalet af de dit hörande fallen icke varit föremål för specifik behandling. Den femte månaden sluter sig däremot till de föregående på grund

---

[1]) Den congenite syphilis. Köbenhavn 1878. s. 128 o. f.

af den stora dödligheten, om också aborternas antal var vida mindre. För att undvika altför stor vidlyftighet men lemna tillräcklig öfversikt af ställningen, har jag i en afdelning af tab. IV redogjort för de två första, i en annan för de fem första och slutligen för de fyra sista månaderna, alt i fråga om mödrarnas behandling och i sammanhang därmed förlossningarnas utgång och mortaliteten bland barnen.

Tabell IV.

Modern															Barnen							
		Tiden för infektionen									Tiden för behandlingen						Lefvande födda					
																				Utskrifna		
Moderns behandling	Mödrarnas antal	1:a månaden	2:a d:o	3:e d:o	4:e d:o	5:e d:o	6:e d:o	7:e d:o	8:e d:o	9:e d:o	Förra delen af hafvandeskapet	Midten	Senare delen	Två gånger	Barnens antal	Dödfödda	Ofullgångna	Under observationstiden syfilitiska	Under observationstiden symptomfria	Symptomfria	Förbättrade	Döda
Ingen behandling	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4	—	—	—	—	—	—
Ringa »	4	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	4	4	—	—	—	—	—	—
Ordentlig »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1) En gång . . .	15	5	10	—	—	—	—	—	—	—	1	4	10	—	16	6	5	3	2	3	—	7
2) Två gånger . .	4	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4		—	2	2	2	1	1
	27	**9**	**18**	—	—	—	—	—	—	—	**1**	**7**	**11**	**4**	**28**	**14**	**5**	**5**	**4**	**5**	**1**	**8**
Ingen behandling	37	—	4	8	11	14	—	—	—	—	—	—	—	—	37	14	9	14	—	4	2	17
Ringa »	31	3	1	13	6	8	—	—	—	—	—	3	28	—	32	12	8	7	5	10	—	10
Ordentlig »	49	5	10	11	15	8	—	—	—	—	1	4	44	-	50	10	7	21	12	15	1	24
1) En gång . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2) Två gånger . .	10	1	3	3	2	1	—	—	—	—	—	—	5	5	10	1	1	6	2	5	1	3
	127	**9**	**18**	**35**	**34**	**31**	—	—	—	—	**1**	**7**	**77**	**5**	**129**	**37**	**25**	**48**	**19**	**34**	**4**	**54**
Ingen behandling	37	—	—	—	—	—	11	11	9	6	—	—	—	—	37	1	—	19	17	23	2	11
Ringa »	5	—	—	—	—	—	3	2	—	—	—	—	5	—	5	—	—	2	3	3	—	2
Ordentlig »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1) En gång . . .	5	—	—	—	—	—	4	1	—	—	—	—	5	—	5	—	—	1	4	4	—	1
2) Två gånger . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	47	—	—	—	—	—	**18**	**14**	**9**	**6**	—	—	**10**	—	**47**	**1**	—	**22**	**24**	**30**	**2**	**14**

Inom den första gruppen å tabellen inträffade abort i alla de fall, 8 till antalet, där mödrarna erhållit ingen eller ringa behandling. Då de fått en ordentlig kur, var antalet af lefvande födda barn betydligt öfverlägset de dödfödda eller som 10 till 6. Bland de förra förekommo dock ej mindre än 5 ofullgångna. Af de 5 fullgångna fingo 3 syfilis, medan 2 förblefvo friska. I de 4 fall, där moderns behandling upprepades, framföddes endast fullgångna barn, af hvilka 2 blefvo syfilitiska och 2 höllo sig friska. Siffrorna äro visserligen icke stora, men det synes dock vara otvifvelaktigt, att behandlingen utöfvat en ansenlig inverkan på förloppet likasom att för ett någorlunda godt resultat en kraftig och upprepad behandling är nödvändig.

I tabellens andra grupp, där modren blifvit smittad under de fem första månaderna, visar sig ett långt bättre resultat än i förra gruppen i de fall, där modern fått ingen eller ringa behandling, men detta beror tydligen därpå, att i många af fallen moderns infektion inträffat längre fram under hafvandeskapet. Denna omständighet gör sig äfven gällande i andra gruppens öfriga fall och försvårar bedömandet af behandlingens inverkan. I de casus, där modern fått en ordentlig kur, var de dödfödda och ofullgångna barnens antal vida mindre och de symptomfrias större, än då hennes behandling var ringa, men dödligheten bland barnen var nästan densamma eller som 68 % till 68,75 %. I de 10 fall, där modern blifvit två gånger behandlad, förekom endast en abort samt ett ofullgånget barn, och mortaliteten var vida lägre eller 40 %, men endast två af dessa barn undgingo syfilis. Aborten tillhörde den enda kvinna från femte månaden, hvars behandling upprepades. Af de 8 kvinnor från samma månad, hvilka erhöllo en ordentlig kur, föddes 5 barn, som efter födelsen fingo syfilis, och 3, som förblefvo friska. I det hela har förlossningarnas utgång varit dålig och mortaliteten bland barnen mycket hög.

En viktig anledning till det dåliga resultatet bör sökas däruti, att, med frånseende af dem, som smittas i första och kanske äfven andra månaden, kvinnorna i allmänhet inställa sig så sent till behandling, att denna ej kan upprepas, och ofta nog uppskjutes den till efter partus. Icke mindre än 37 af dem, som blifvit inficierade under de fem första månaderna, voro utan behandling under hafvandeskapet. Detta var redan förhållandet med 4 från andra månaden, och därefter ökas antalet, så att dit hörde 8 af 35 från 3:e, 11 af 34 från 4:e och 14 af de 31

kvinnor, som voro smittade i femte månaden. De, som instält sig, hafva endast undantagsvis blifvit behandlade två gånger och ofta nog har behandlingen afbrutits genom abort eller partus.

På grund af dessa omständigheter äro i fråga om behandlingen de fall, i hvilka kvinnan fått sin syfilis under hafvandeskapet med undantag af de första månaderna, i en vida sämre ställning, än då hon blifvit smittad före eller vid konceptionen, enär i senare fallet rymlig tid finnes för behandlingen. Då så ske kan, bör utan afseende på den åsikt, som man annars kan hysa om rätta tidpunkten för syfilis' behandling i allmänhet, de konstitutionela symptomens uppträdande ej inväntas, utan behandlingen börjas, så snart primäraffektionen är säkert diagnosticerad. Denna är nu ofta obetydlig och förbises, men, äfven då den är mera uttalad, inställa sig patienterna sällan i detta stadium. Så har dock understundom inträffat, och vi hafva i en del af dessa fall, dock ej i alla, genast skridit till behandling med kvicksilfver. I sådana fall, där tid saknats för en intermittent behandling och inga kontraindikationer förefunnits, hafva vi stundom förstärkt behandlingen genom dess prolongerande och sålunda gifvit ännu några injektioner med längre mellantid, en del smörjningar hvarannan dag eller kvicksilfverjodur med eller utan kort uppehåll.

Vid moderns infektion från och med sjette månaden ställer sig utsikterna för fostret på helt annat och bättre sätt än förut. Naturligtvis är gränsen i verkligheten ej så skarp som i våra tabeller. I de 47 fall, som utgöra sista gruppen i tab. IV, och i hvilka kvinnan blifvit smittad under de 4 sista månaderna, framföddes, med frånseende af en abort, endast fullgångna eller nära fullgångna barn, af hvilka flertalet eller 24 förblefvo symptomfria under observationstiden, som för 15 var öfver 3 månader och för 6 mellan 2—3 månader. Behandlingen spelade härvid en ringa roll. Endast i 5 fall erhöll kvinnan en ordentlig kur, och af barnen fick det ena syfilis, medan de öfriga höllo sig fria därifrån. Antalet är altför litet, att däraf draga några slutsatser, men det förekommer ganska sannolikt, att, då kvinnan endast en kort tid haft syfilis, och fostret genom födelsen snart befrias från den syfilitiska modern, en kur lege artis ofta nog kan rädda barnet från sjukdomen i fall, där den annars skulle blifvit dess lott. Det är blott skada, att kvinnorna under dessa omständigheter sällan infinna sig i rättan tid.

I det föregående har jag närmare redogjort för de fall från de tre sista månaderna, i hvilka mödrarna ej erhållit någon specifik behandling. En sammanställning af dylika fall från hela afdelningen har ett ganska stort intresse. Härvid anmärkes, att alla de kvinnor, som smittades i första månaden, erhöllo specifik behandling.

Tabell V.

Tiden för moderns infektion	Barnens antal	Dödfödda	Ofullgångna	Under observationstiden syfilitiska.	Under observationstiden symptomfria	Utskrifna: Symptomfria	Utskrifna: Förbättrade	Utskrifna: Döda
1:a månaden	—	—	—	—	—	—	—	—
2:a »	4	4	—	—	—	—	—	—
3:e »	8	4	2	2	—	—	—	4
4:e »	11	5	4	2	—	1	—	5
5:e »	14	1	3	10	—	3	1	9
6:e »	11	1	—	6	4	7	—	3
7:e »	11	—	—	5	6	7	1	3
8:e »	9	—	—	7	2	5	—	4
9:e »	6	—	—	1	5	4	1	1
	74	15	9	33	17	27	3	29

Vi se här det naturliga förloppet i 74 fall, i hvilka mödrarna blifvit inficierade från och med hafvandeskapets andra månad. I nära anslutning till infektionstiden visar sig en successiv förbättring i förlossningarnas utgång. Från andra månaden förekomma endast aborter, från den tredje lika många aborter och lefvande födda, hvaraf dock hälften ofullgångna, från den femte ett betydligt öfvervägande antal af fullgångna om också sedermera syfilitiska barn, medan, när modern smittats från och med sjette månaden, nästan alla barnen äro fullgångna och en stor del af dem förblifva friska. Fostrens öde står sålunda i det närmaste beroende af tidpunkten för moderns infektion. Detta framgår redan tydligt af tab. I och IV, men ännu mera af tab. V.

Denna tidpunkt är dock därvid ej den enda bestämmande faktorn. Visserligen hafva enligt tab. V i alla fall, där modern

inficierats från och med andra till och med femte månaden, barnen fått syfilis, men där finnas dock för fallen inom samma månad från och med den tredje olikheter, i det att åtminstone en del af barnen varit fullgångna och lefvat någon tid och från femte månaden en ganska stor procent kunnat utskrifvas symptomfria. Denna olikhet blir mera i ögonen fallande från och med sjette månaden, enär nu äfven friska barn födas. Ibland fallen från denna månad inträffade sannolikt en abort, medan sex fingo syfilitiska symptom efter födelsen, och fyra förblefvo symptomfria — en mycket olika utgång, oaktadt modern fått syfilis ungefär vid samma tidpunkt i alla fallen. Samma förhållande förefinnes i 7:e och 8:e månaden, om också ingen abort där förekommit.

Vi finna vidare af tab. V, att detta förhållande kan gestalta sig ganska olika för olika månader. Således förblefvo af 11 barn från 7:e månaden 6 symptomfria men endast 2 af 9 från den 8:e. Häraf framgår tydligt, att fostrens infektion kan inträffa på mycket olika tid efter moderns. Äfven då modern smittats i slutet af 8:e månaden och sannolikt äfven i början af den 9:e, kan barnet få syfilis, men i andra fall kan det förblifva friskt, fastän modern fått sin syfilis i början af 6:e månaden. Att i våra fall intet barn från de föregående månaderna undgått syfilis bevisar ingalunda, att syfilis är obligatorisk, och detta kan anses ådagalagdt därutaf, att i vår andra afdelning ett barn förblef fritt från syfilis, oaktadt modern ej erhållit specifik behandling. Därtill kommer, att ett barn från 5:e månaden (fall 100) sannolikt var smittadt efter födelsen, och i ett par fall från samma månad barnets syfilitiska symptom voro ringa, kanske tvifvelaktiga.

Så länge vid dessa olikheter det endast är fråga om en växlande intensitet af sjukdomen, kan man söka förklaringen däruti, att en olika kvantitet af det syfilitiska giftet passerat placenta, men för de många fall, där barnen förblifvit fria från syfilis, är det uppenbart, att detta gift ej kunnat genomtränga de hinder, som placenta ställt däremot. Jag afser här från möjligheten af en syphilis tarda i ett eller annat fall. Af det ofvan anförda framgår, att denna genomgång af placenta, där den eger rum, kan försiggå på mycket olika tid efter moderns infektion i de enskilda fallen. Hvad härvid är alldeles tydligt för de fyra sista månaderna, gäller säkerligen äfven för de föregående, så länge placentaförbindelse förefinnes mellan moder och foster.

Då vi söka orsakerna till förlossningarnas olika utgång i fallen inom vår tredje afdelning, måste vi sålunda i första rummet fästa oss vid tidpunkten för moderns infektion, vidare vid placentas olika permeabilitet för det syfilitiska giftet och i sammanhang härmed vid den olika kvantitet af giftet, som i de enskilda fallen öfvergår på fostret.

Om vi också icke känna anledningen till placentas olika permeabilitet för det syfilitiska giftet, så utgör detta intet hållbart skäl för förnekandet af densamma. Att ställa permeabiliteten i sammanhang med tillfälliga lesioner å placenta, såsom kärlruptur, kan i fråga om syfilis ej godkännas, enär i de allra flesta fall infektion eger rum men i många af dessa placenta är fullkomligt frisk eller företer andra obetydliga förändringar men ej blödning.

I de fall, där en nöjaktig behandling eger rum, kan utgången väsentligen bestämmas af denna. Visserligen har behandlingen i våra fall intagit en blygsam plats bredvid andra faktorer. Men, om vi i fråga om densamma varit herrar, hade resultatet utan tvifvel blifvit ett annat och bättre. Bristen i detta afseende framträder i vår tredje afdelning tydligare än i de föregående, enär händelserna, moderns infektion och barnets födelse, äro sammanträngda inom en kortare och ofta mycket kort tid.

Hvad här närmast ofvan blifvit sagdt om fallen från tredje afdelningen, gäller i väsentlig mon äfven den andra, enär mödrarna inom denna icke kunna skänka syfilis åt fostren förrän under hafvandeskapet.

Här kan vara en lämplig plats att i korthet anföra den behandling, som vi användt för barnen.

Därvid bör i första rummet omnämnas, att i den ojämförligt största delen af fallen mödrarna vid inkomsten å sjukhuset ammat sina barn och därmed fortfarit längre eller kortare tid. I sådana fall, där mödrarna hafva recenta och virulenta symptom men barnen ännu ej visa tecken till syfilis, kan med skäl tveksamhet råda, huruvida man bör låta dem fortsätta digifningen. Med få undantag hafva barnen fått stå risken mot den stora fördelen att dia sina mödrar, men dessa hafva, snarast möjligt, erhållit specifik behandling och jämn tillsyn egnats deras bröstvårtor, hvarjämte de ständigt uppmanats till försiktighet.

Af mercurialia har under hela tiden hydrargyrum c. creta varit vårt hufvudmedel, som i allmänhet visar stor verksamhet emot syfilis och väl tåles af barnen. Till nyfödda hafva vi vanligtvis gifvit det i dos af 3 cgrm 2 gånger dagligen med socker i pulver, som ingifvits i litet mjölk, och ökat dosen efter barnets ålder. En kur har, där så kunnat ske, vanligen räckt 6 veckor. Merendels hafva mödrarna därefter utgått men ofta nog återkommit för ny behandling af barnen, då sjukdomen åter visat sig. I många fall hafva de kvarstannat längre å sjukhuset, och behandlingen af barnen upprepats vid nya symptom och stundom äfven utan sådana.

Äfven smörjkur har ofta blifvit använd i sådana fall, där barnens hud haft en viss fyllighet och inga sårnader därå förefunnits. Salfvan, vanligen i dos af ett halft gram, har blifvit lätt ingniden och kroppsdelen väl inlindats till följande dag, då platsen blifvit aftvättad eller barnet fått bad.

Andra behandlingsmetoder och preparat hafva sällan kommit till användande. Under några år försökte vi i åtskilliga fall garfsyrad kvicksilfveroxydul, som synes vara ett ganska godt medel åtminstone mot lindriga symptom, men vi hafva lemnat det för de ofvan anförda. Jodkalium har endast undantagsvis blifvit nytjadt för späda barn.

Noggrann renhållning af barnet har iakttagits, lokal behandling liksom bad flitigt blifvit använda.

Af mödrarna inom tredje afdelningen voro 108 förstföderskor och 68 omföderskor. De senare hade före infektionen framfödt 109 barn, hvaribland en abort på grund af »skrämsel» och ett svagt, snart dödt foster.

Mortaliteten bland de efter infektionen födda 176 barnen uppgick för första gruppen å tab. IV, där mödrarna voro smittade under hafvandeskapets två första månader, till 78,6 % efter dödsfallen å sjukhuset, 85,7 %, om de sedermera som döda rapporterade medräknas, och 75 %, om endast de medtagas, hos hvilka syfilis ansetts vara för handen. Motsvarande siffror för andra grupper utgjorde resp. 70,5 %, 75,2 % och 70,5 %, för tredje gruppen 31,9 %, 38,3 och 27,7 % samt för hela afdelningen 60,2 %. 65,3 % och 59 %.

Innan jag lemnar denna afdelning, kan jag ej undgå att beröra två företeelser inom literaturen, som därmed stå i nära

sammanhang. Den ena af dessa är KASSOWITZ' teori om fortplantningen af kongenital syfilis.

En lång erfarenhet hade visat, att en möder, som fått syfilis under hafvandeskapet, kunde föda ett syfilitiskt barn, och ingenting ansågs tala emot, att därvid det syfilitiska giftet genom placentarcirkulationen fördes från moder till foster. KASSOWITZ[1]) uppträdde emot denna åsikt och förmenade, att i dylika fall antingen modern haft syfilis före konceptionen, eller att fadern vid prokreationen gifvit syfilis åt fostret. Han vill endast erkänna en form af kongenital syfilis eller den e generatione, hvarvid han anser moder och fader kunna vara lika verksamma. Afhandlingens i flere afseenden framstående beskaffenhet och kanske äfven det bestämda språket gjorde intryck och skaffade ej få anhängare åt KASSOWITZ, men de bevis, som han framlade för riktigheten af sina påståenden, befunnos dock för svaga att låta hans mening tränga igenom.

Då KASSOWITZ förklarat alla i literaturen förekommande fall, som talade för den äldre åsiktens riktighet, vara otillförlitliga och felaktiga, offentliggjordes efter hand flere dylika casus, i hvilka alla de postulater, som KASSOWITZ uppstält för vederhäftighet, voro uppfylda. KASSOWITZ tycktes nu blifva tveksam, och under 1884 uttalar han sig[2]) därhän, att en öfvergång af det syfilitiska giftet från modern till fostret genom placenta är möjlig om också i relatift sällsynta fall. Man kunde nu hafva trott, att han öfvergifvit sin förra ståndpunkt, men af CASPARYS sista inlägg i frågan[3]) vill det synas, att KASSOWITZ ännu håller på sin teori och äfven har meningsfränder.

Utan att här kunna inlåta mig på någon vidlyftig diskussion, vill jag på grund af sakens stora vikt framhålla vissa synpunkter från min erfarenhet, som tala emot KASSOWITZ och för den äldre åsiktens riktighet. Bland orsakerna till denna enligt hans tro felaktiga äldre mening anför han[4]) otillförlitligheten i uppgifterna rörande tiden för syfilis' uppträdande hos modern. »Auch hier ergibt sich eine Erklärung dafür, warum angeblich in den letzten Schwangerschaftsmonaten die Übertragung nicht mehr stattfinden soll. Wenn nähmlich die Infection wirklich in den letzten Monaten vor sich gegangen ist, so

[1]) Medizinische Jahrbücher. Wien 1875, s. 359 o. f.
[2]) Verteljahrsschrift. f. Derm. und Syph. Ref. 1884, s. 198 o. f.
[3]) Vierteljaressch. für Derm. und Syph., 1896, s. 7.
[4]) A. st. s. 423 o. f.

ist zur Zeit der Entbindung, wo die Mütter gewöhnlich zur ersten Beobachtung kommen, die Constatirung des Zeitpunktes der Ansteckung noch mit einer gewissen Verläslichkeit möglich. Je weiter dieser Zeitpunkt nach hinten rückt, desto mehr Gelegenheit zu Irrthümern ist gegeben, desto leichter werden die im Beginne der Schwangerschaft zum Vorschein kommenden und durch die vorrückende Gravität, wie bekannt, enorm begünstigten Condylomata lata, welche schon der Ausdruck der allgemeinen und vielleicht Monate alte Syphilis sind, mit dem übersehenen Primäraffekt verwechselt, und daher irrtümlicher Weise der Beginn der Krankheit in die Schwangerschaft verlegt, während schon zur Zeit der Conception auch die Syphilis der Mutter (vielleicht sogar neben die des Vaters) ausgebildet war.»

I det föregående (s. 30) har jag anfört, huru vi gått till väga vid bestämmandet, hvilka fall borde hänföras till vår tredje afdelning och hafvandeskapets särskilda månader och därvid nämnt, att vi ofta haft ledning för vårt omdöme af för handen varande primäraffekter. På denna sak vill jag här närmare ingå. Hos 47 af våra till tredje afdelningen hörande 174 patienter hafva, såsom af bilagan framgår, vid deras inkomst å sjukhuset konstaterats typiska primäraffekter, medan i ett fall en sådan var exstirperad på annat sjukhus. Vidare träffades i 12 fall sår eller infiltrater, som, utan att vara typiska, antagligen voro primäraffekter, i 5 fall erosioner å vulva utan hårdnad, i 3 fall ärr efter sår och i 3 fall enkla schankrar, medan kvinnan i 11 fall omtalade, att vid hennes insjuknande först uppkommit en sårnad, som vanligen stått flere veckor före det egentliga utslaget, och som vid kvinnans inkomst merendels varit öfvervuxen af mukösa papler. Af de tydliga primäraffekterna tillhörde 38 sådana fall, där modern blifvit inficierad under de 6 första månaderna af hafvandeskapet.

Om man härmed jämför primäraffekternas frekvens hos ett lika stort antal icke hafvande kvinnor, som inställa sig för behandling vid första anfallet af syfilis — och det hafva vi gjort — finner man, att den träffas ungefär lika ofta, som ofvan är anfördt. Jag skulle också föreställa mig, att denna proportion öfverensstämmer med de flesta syfilidologers erfarenhet. I afseende å primäraffektens frekvens motsvara sålunda våra fall, hvad man vanligen träffar hos kvinnan, och alla dessa fall höra därför naturligen tillsamman.

Kassowitz synes, då han skref, icke hafva haft höga tankar om fackmännens förmåga att skilja en syfilitisk primäraffekt från en mukös papel. Den differentiela diagnosen kan vara ganska svår, men detta inträffar blott undantagsvis och i den allmänna form, hvaruti Kassowitz klädt sin mening, förtjänar därför denna icke något afseende.

Då primäraffektion förefinnes, kan man utan tvifvel med större säkerhet yttra sig i fråga om tiden för infektionen, men, äfven om den saknas, kan denna tidpunkt vanligen ganska noga bestämmas, då, såsom här var förhållandet, de syfilitiska symptomen i de flesta fall endast funnits en kortare tid och ifall man gifver sig själf tid för undersökningen och patienten tid till eftertanke. Bedrägliga uppgifter kunna möjligen förekomma, men de äro säkerligen i denna fråga mycket sällsynta. Kvinnan kan hafva förbisett första anfallet af syfilis; detta händer någon gång, men vanligen undgår det icke en erfaren läkare, när anfallen ligga hvarandra nära. Lindriga konstitutionela symptom kunna hafva stått någon tid, innan patienten observerat dem, och syfilis kan i enskilda fall hafva utvecklat sig något långsammare än vanligt. I de bägge senare händelserna gäller det blott en kortare tid, och det är just för dylika falls skull, som jag beräknat 3 månader mellan konceptionen och de sekundära symptomens uppkomst, för att hänföra infektionen till första månaden af hafvandeskapet och ej till en föregående tid. Jag vågar därför påstå, att i de fall, som blifvit upptagna i tredje afdelningen, kvinnorna, möjligen med ett eller annat undantag, blifvit inficierade under hafvandeskapet och icke vid konceptionen eller dessförinnan.

Kassowitz framhåller vidare som anledning till den »oriktiga» uppfattningen, att faderns hälsotillstånd i regeln ej är beaktadt. »Daher kommt es auch, dass selbst jene Autoren, welche diese Art der Übertragung für möglich halten, zumeist zugeben müssen, dass sie ausbleibt, wenn die Mutter in den letzten 3 Monaten inficirt wird. In diesen letzten Fällen sind nämlich der Inficierende und der Vater des Kindes zwei verschiedene Personen oder, wenn sie identisch sind, ist es wenigstens warscheinlich, dass sich der Vater den inficirenden Affekt erst nach der Zeugung des Kindes zugezogen hat, so dass zur Zeit der Conception noch beide Eltern gesund waren. Je weiter der Zeitpunkt der Infektion gegen die Conception hin zurückverlegt wird, desto unverlässlicher werden die Angaben und desto grösser

wird die Wahrscheinlichkeit, dass der inficierende Mann und der Vater des Kindes in eine Person zuzammenfallen, dass also, wenn auch die Mutter bei der Conception noch nicht syphilitisch war, doch weningstens der Vater des Kindes, welcher sie inficiert, schon eine kranke Samenzelle zur Befruchtung des gesunden mütterlichen Eies lieferte. Man hat daher auch umgekehrt das Recht, in jenen wenigen Fällen, in denen die Infection der Mutter nach der Conception unzweifelhaft ist und dennoch ein Kind mit offenkundigen hereditären Syphilis geboren wird, die Vererbung von Seite des Vaters als sichergestellt zu betrachten.»

Hvad den förra delen af yttrandet beträffar, är ett medgifvande, att en moder ej kan gifva syfilis åt sitt foster, då hon smittas under de tre sista hafvandeskapsmånaderna, såsom af andras och våra observationer ådagalägges, fullkomligt oriktigt i fråga och 7:e och 8:e månaden samt sannolikt äfven början af den 9:e.

Kassowitz antager vidare, att, när samma person är fader till barnet och efter konceptionen smittat modern, samt denna födt ett syfilitiskt barn, därvid tillgått sålunda, att fadern vid prokreationen inficierat fostret och sedermera modern, utan att denna har något med fostrets syfilis att göra. Det låter ju för enskilda fall ganska väl tänka sig, att en syfilitisk fader vid kvinnans konception varit fri från symptom, som kunnat öfverföra syfilis, men att sådana sedermera uppträdt, och att han då smittat henne. Men hvad skall man säga om massan, som här föreligger? Af kvinnorna påstodo 116, att de voro smittade af barnfadren och 26 af annan man, medan i afseende å de återstående saken af förut anförda skäl måste anses osäker. Äfven om någon afprutning göres på den första af dessa kategorier, hvilket jag anser rättvist, enär många kvinnor ogärna erkänna sig vara smittade under hafvandeskapet af någon annan än barnfadren, är dock antalet så stort, att Kassowitz' förklaring af saken, att i alla dessa fall fadern vid prokreationen inficierat fostret och sedermera någon gång under hafvandeskapet modern, är och blir en orimlighet.

Slutligen vill jag fästa uppmärksamheten på det ytterst nära samband, som eger rum mellan tidpunkten för moderns infektion under hafvandeskapet samt förlossningarnas utgång och barnens mortalitet, såsom i det föregående blifvit påvisadt och af en blick på tab. I, IV och V framgår. Denna öfverens-

stämmelse är alldeles oförenlig med KASSOWITZ' uppfattning och låter endast förklara sig genom antagandet, att en kvinna, som smittats under hafvandeskapet, kan gifva syfilis åt sitt foster, och att denna infektion af fostret är så mycket säkrare, ju närmare moderns infektion ligger tiden för hennes konception.

Dessa skäl tala, såsom mig synes, med all bestämdhet för den äldre åsikten, att en hafvande kvinna kan smitta sitt foster genom placentarcirkulationen och emot KASSOWITZ' teori. Denna teori är skadlig för hela läran om kongenital syfilis, enär den vill undanrycka den enda fasta grundval, som vi ega för bedömandet af kongenital syfilis' härstamning och bör bekämpas af alla, som önska någon reda i denna så invecklade och af hypoteser öfverfylda disciplin.

FOURNIERS lära om hereditär och postkonceptionel syfilis och deras olika malignitet uppfordrar äfven till gensaga.

Inom den franska skolan uttalades i detta århundrades början den åsikten, att den syfilis, som vid prokreationen inympats på fostret, är af svårare art än den, som uppstår under fostrets vidare utveckling och i sådana fall, där modern blifvit inficierad efter konceptionen. CAZENAVE,[1]) som hyllade denna mening, ansåg, att endast den förra gjorde skäl för namnet hereditär, medan den senare borde kallas kongenital. Denna berodde på infektion genom det syfilitiska virus, den hereditära formen däremot icke på någon direkt inverkan af det syfilitiska giftet utan på den syfilitiska konstitutionen eller det syfilitiska temperamentet hos den ene eller bägge föräldrarna. DIDAY[2]) bestrider riktigheten af CAZENAVES mening, framlägger en statistik, som talar mot densamma och kommer till den slutsatsen, att alla påståenden om en djup olikhet i infantil syfilis efter olikheten af dess källor saknar all grund.

Efter denna tid kan man visserligen få se samma åsikt om den olika graviteten framhållen dock mera i förbigående. och några bevis för dess riktighet hafva, mig veterligen, ej blifvit anförda. Författarne hafva också utan undantag sammanfört alla fall af medfödd syfilis under en sjukdomsbild, om de också, i fråga om sjukdomens etiologi, afhandlat alla de sätt, hvarpå fostrets infektion kunde tänkas ega rum.

---

[1]) Traité des syphilides. Paris 1843, s. 129 o. f.

[2]) Tratté de la syphilis des nouveaunés. Paris 1854, s. 168 o. f.

Frågan har på sista tiden fått ett större intresse genom den illustre syfilidologen FOURNIERS uppträdande till dess besvarande.[1]) Han vill till hereditär syfilis endast räkna sådana fall, där bägge föräldrarna eller endera af dem redan vid prokreationen var behäftad med syfilis, och utesluter alla fall, där fostret kan antagas hafva blifvit inficieradt efter prokreationen eller — hvilket är detsamma — där modern blifvit smittad under hafvandeskapet och gifvit syfilis åt sitt barn. Den senare formen kallar han postkonceptionel syfilis. I sin bok sysselsätter sig FOURNIER endast med den förra af dessa former och berör den senare blott i förbigående.

Som skäl för sin mening anför FOURNIER i första rummet, att den postkonceptionela syfilis ej motsvarar, hvad man enligt det medicinska språkbruket uppfattar under begreppet hereditet. Hvad språkbruket beträffar, torde det få medgifvas, att de fleste medici i dagligt tal med hereditär syfilis afse medfödd syfilis utan afseende på smittningssättet. Om man åter utgår från hereditetsbegreppet, kan det i våra dagar med alt skäl ifrågasättas, om syfilis e generatione med rätta kan kallas hereditär. Definitionen af hereditet må ställa sig något olika, men innebär alltid, att det är i befruktningsdelarna — ägget och spermatozoen — immanenta egenskaper och anlag, som öfverföras till fostret. Så länge man kunde nöja sig med det syfilitiska temperamentet hos föräldrarna som sjukdomskälla, fans plats för hereditär syfilis inom den egentliga hereditetens område, men det går numera ej längre. Den hereditära syfilis i inskränkt mening likasom den postkonceptionela måste vi anse bero på en infektion, förmedlad af ett contagium vivum, äfven om detta ännu ej blifvit demonstreradt. Den förras uppkomst kunna vi ej föreställa oss på annat sätt, än att det syfilitiska virus, således en främmande kropp, tillfälligtvis inkommit i ägget från moderns blod eller ditförts af den befruktande spermatozoen. Till sitt väsende och natur måste vi uppfatta denna infektion som fullkomligt likartad och densamma, om den drabbar fostret in statu nascenti eller i ett senare stadium af dess utveckling.

Det är långt ifrån första gången, som en liknande anmärkning göres. Jag vill i detta afseende endast hänvisa till E. LANG[2]) och L. RIOCREUX.[3])

[1]) L'Herdité syphilitique. Paris 1891.
[2]) Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. Wiesbaden 1884—1886, s. 449.
[3]) Syphilis. Heredité paternelle. Paris 1888, s. 9 o. f.

FOURNIER betonar vidare, [1]) att vid hans åtskiljande af hereditär och postkonceptionel syfilis det ej blott är fråga om ord, utan att däremot svara kliniska olikheter, och han fortsätter sålunda: »A priori, en effet, le bon sens préjuge, que très différentes à divers titres, doivent être deux maladies, dont l'une naît avec le germe, fait pour ainsi dire partie de germe, qu'elle infecte dès le premier instant de la formation, et dont l'autre se borne a sévir sur un foetus déjà plus ou moins formé, déjà plus ou moins avancé dans son développement. Puis, a posteriori, l'observation confirme cette induction, en montrant que la véritable syphilis héréditaire est infiniment plus grave pour le foetus, infiniment plus meurtrière pour lui (sans parler de différences d'un autre genre) que la syphilis dont il vient a être affecté a diverses périodes de sa vie intra-utérine.»

Den erfarenhet, som jag varit i tillfälle att samla, går i en helt annan riktning än den här af FOURNIER framlagda, och jag kan därföre omöjligen dela hans uppfattning i denna fråga.

I det föregående tror jag mig nöjaktigt hafva visat, att i de fall, som upptagits i vår tredje afdelning, mödrarna, möjligen med ett eller annat undantag, blifvit inficierade med syfilis under hafvandeskapet. Vidare har jag ådagalagt det nära samband, som existerar mellan tidpunten för moderns infektion under hafvandeskapet samt förlossningarnas utgång och mortaliteten hos barnen. Detta nära samband synes mig vara det bästa bevis, som öfver hufvud kan lemnas, åtminstone i fråga om ett större antal fall, för barnens infektion genom deras mödrar. För att ej göra omsägningar får jag hänvisa till hvad i dessa afseenden förut blifvit anfördt.

Om det nu får anses bevisadt, att mödrarna i vår tredje afdelning blifvit smittade under hafvandeskapet och själfva gifvit syfilis åt sina foster, hafva dessa sålunda haft postkonceptionel syfilis i FOURNIERS mening. Det kan då vara skäl att i fråga om förlossningarnas utgång och mortaliteten hos barnen jämföra denna afdelning med den första, i hvilken mödrarna fått sin syfilis före konceptionen och barnens syfilis därföre, för att begagna FOURNIERS uttryck, är en verklig hereditär syfilis.

Hvad då först förlossningarnas utgång beträffar, blef resultatet uti 110 fall, där modern hade syfilis vid konceptionen, 20 aborter, 13 ofullgångna, svaga eller vid födelsen med syfilitiska

---

[1]) A. st., s. 11 o. f.

symptom behäftade barn, 54 barn, som efter födelsen fingo symptom af syfilis, samt 23 barn, hvilka förblefvo symptomfria under observationstiden. I 174 fall (176 barn), i hvilka modern var inficierad under hafvandeskapet, voro motsvarande siffror 38, 25, 70 och 43. I procent utgjorde dessa olika kategorier för första afdelningen resp. 18,2 %, 11,8 %, 49,1 % och 20,9 % samt för den tredje 21,6 %, 14,2 %, 39,8 % och 24,4 %. Häraf framgår, att vid postkonceptionel syfilis hos barnen antalet af såväl dödfödda som ofullgångna varit proportionsvis större. Visserligen hafva något flere af dessa barn än af de andra förblifvit symptomfria under observationstiden, men, i det hela taget, måste resultatet anses icke obetydligt sämre vid postkonceptionel syfilis än vid hereditär syfilis sensu strictiori.

En jämförelse mellan de bägge afdelningarna i fråga om mortaliteten hos barnen torde lämpligen ställas så, att de fall, i hvilka modern fått syfilis under året närmast före konceptionen, jämföras med dem, i hvilka hennes infektion inträffat under de två första månaderna af hafvandeskapet, fallen från de tre närmaste åren före konceptionen tillsammantagna med dem från de fem första månaderna af graviditeten samt slutligen de fall, där moderns infektion ligger mer än tre år tillbaka i tiden före konceptionen, med dem från de 4 sista månaderna af hafvandeskapet. Vi finna då mortaliteten i fallen från första året före konceptionen uppgå till 63,2 % enligt tab. I, till 71,1 %, om därtill räknas alla de efter utskrifningen döda barnen samt till 65,8 %, om endast de barn upptagas, hos hvilka syfilis ansetts vara för handen. För fallen från de två första månaderna af hafvandeskapet belöpa sig motsvarande tal till 78,6 %, 85,7 % och 75 %. Här torde vara skäl att inflicka mortaliteten hos barnen i vår andra afdelning, där modern smittats samtidigt med konceptionen eller nära denna tid, enär denna afdelning i fråga om tiden för moderns infektion ligger emellan de bägge andra. Den belöpte sig till resp. 65,9 %, 72,7 % och 65,9 %. För fallen från de 3 åren närmast före konceptionen är dödligheten bland barnen 54 %, 64,4 % och 57,5 % och för dem från de fem första månaderna af hafvandeskapet 70,5 %, 75,2 % och 70,5. Slutligen få vi för de fall, där modern smittats mer än tre år före konceptionen, talen 21,7 %, 26,1 % och 26,1 % samt för dem från de fyra sista månaderna af hafvandeskapet 31,9 %, 38,3 % och 27,7 %. För hela första afdelningen, där modern hade syfilis före konceptionen, uppgick barnens mor-

talitet till resp. 47,3 %, 56,4 % och 50,9 % samt för tredje afdelningen, där modern smittats under hafvandeskapet, till 60,2 %, 65,3 % och 59 %.

Häraf finna vi, att mortaliteten hos barnen varit betydligt större för tredje än första afdelningen, vare sig att man jämför hela afdelningarna eller deras särskilda delar med hvarandra, om man undantager de sista af dessa delar, där skilnaden är ringa. Den är till och med högre för hela tredje afdelningen än för de fall af den första, där moderns infektion ligger inom tre år före konceptionen.

Om vi fästa oss vid de patologiska förändringar af syfilitisk natur, som träffades vid obduktionerna, och för hvilka vi redogjort, få vi erkänna, att de ingalunda varit mindre talrika eller lindrigare vid fallen i tredje än i första afdelningen, snarare tvärtom i fråga om vissa förändringar i hjärnan och dess hinnor. Därutaf framgår osannolikheten af kliniska olikheter i fallen inom de bägge afdelningarna, och sådana existera enligt vår erfarenhet i själfva verket icke.

Man torde kanske ej böra fästa altför stor vikt vid en statistik af denna art, när fallens antal icke är större än här, särskildt i vår första afdelning, men obestridligt är, att postkonceptionel syfilis hos barnen icke är den lindriga form af syfilis, som FOURNIER anser den vara, utan minst lika svårartad och mördande, som då mödrarna haft syfilis före sin konception. I bägge fallen beror, i allmänhet sedt, utgången i första rummet på tidsskilnaden mellan moderns konception och infektion, men ingalunda ensamt därpå, om denna infektion inträffat före eller efter konceptionen.

Då vi äro inne på denna fråga, vill jag ej underlåta att anföra ett annat skäl emot FOURNIERS lära, hvilket ensamt är tillräckligt att visa svårigheten eller omöjligheten, att skilja syphilis congenita i två former efter moderns eller föräldrarnas infektion före och moderns efter konceptionen. De allra flesta syfilidologer antaga, att modern kan smitta sitt foster på två sätt, antingen därigenom, att det syfilitiska virus förefinnes i ovulum vid befruktningen eller att detsamma under fostrets utveckling öfverföres till detta genom placentacirkulationen. Frågan, huruvida efter dessa olika smittningssätt syfilis uppträder olika hos fostret, har ofvan blifvit berörd och, på grund af hvad i denna afhandling blifvit anfördt, måste jag besvara denna fråga med ett obetingadt nej. FOURNIER antager visserligen, att kli-

niska olikheter förefinnas, men han låter oss ej veta, hvaruti dessa bestå. De kunde för öfrigt ej angifva någon åtskilnad i sjukdomens väsende utan endast i dess intensitet och ej ens detta för alla fall. Men om så är förhållandet, är det i sjelfva verket i det enskilda fallet af kongenital syfilis, där modren varit inficierad före konceptionen, omöjligt att med säkerhet afgöra, om barnet har sin syfilis redan från ägget eller sedermera fått densamma per placentam.

I sådana fall, där bägge föräldrarna äro syfilitiska före moderns konception, kan det synas ännu säkrare, att fostrets syfilis är en syphilis e generatione, men därvid få vi ej glömma, att äfven de, som ställa faderns infektionsförmåga gentemot fostret mycket högt, dock medgifva, att infektionen ofta uteblifver, då modern är frisk, och detta äfven vid nyligen förvärfvad syfilis hos fadern. Altså, äfven medgifvet, att alla de antagna smittningssätten — från faderns sperma och moderns ovulum samt från modern genom placenta — äro riktiga, kan man aldrig, när modern är smittad före konceptionen, med visshet bestämma, om barnets syfilis är hereditär i inskränkt mening eller postkonceptionel. Postkonceptionel syfilis hos fostret är därföre icke liktydig med postkonceptionel syfilis hos modern, ty ingenting talar emot, att en prekonceptionelt smittad moder kan under hafvandeskapet gifva syfilis åt sitt barn.

Afdelning IV.

Modern förnekar syfilis, och säkra symptom kunna ej hos henne upptäckas, barnet har kongenital syfilis.

För de fall, som skola räknas till denna afdelning, erfordras, att modern under observationstiden ej företett säkra tecken på syfilis och förnekar syfilitiska antecedentia, samt att hos barnet finnas tydliga symptom af kongenital lues. Fall, där tvifvel om den syfilitiska naturen af hos barnen eller eventuelt hos modern förekommande sjukliga företeelser skäligen kan hysas, kunna således ej hiträknas.

Till denna afdelning höra 15 fall, hvaribland ett, i hvilket modern två gånger blifvit intagen å sjukhuset med syfilitiskt barn. Antalet af dessa fall måste förefalla ytterst ringa, då man å ena sidan jämför det med mängden af kvinnor, som, själfva erkändt syfilitiska, vårdats här med sina barn, och å den andra betänker, att inträde å i fråga varande sjukhus aldrig nekats för något barn med lues, samt att med denna sjukdom behäftade barn icke eller endast undantagsvis intagits å andra sjukhus. Antalets obetydlighet blir så mycket mera anmärkningsvärd, då man jämför det med t. ex. KASSOWITZ' statistik. KASSOWITZ, hvars undersökning åtminstone till stor del gäller samma samhällsklasser som vår, tror sig sålunda i 119 föreningar — jag förmodar både äktenskap och konkubinater — hafva funnit barnfadern ensam syfilitisk i 43 och modern i 10, medan bägge voro inficierade i 23 och saken ansågs tvifvelaktig i 43 fall. Af de 76 fall, där förhållandet syntes klart ådagalagdt, var således fadern ensam smittad och modern fri från syfilis i mer än hälften. Minst 43 af 119 kvinnor med syfilitiska barn skulle således, om KASSOWITZ' uppfattning vore riktig, vid intagning å sjukhuset hafva blifvit inregistrerade i denna afdelning. Detta visar mer än något annat, huru under olika förhållanden meningarna rörande ursprunget till kongenital syfi-

---

1) A. st. s. 382.

lis kunna på ett rent af häpnadsväckande sätt gestalta sig olika. På grund af sitt material anser KASSOWITZ, att medfödd syfilis oftast direkt härstammar från fadern, medan mitt material med största bestämdhet angifver modern som den egentliga källan till barnets syfilis och faderns direkta inverkan som mycket underordnad och osäker. Den erfarenhet, som jag varit i tillfälle att samla i min enskilda praktik, går i samma riktning.

Hvad nu mödrarna i våra fall beträffar, funnos aldrig tillräckliga skäl till diagnos af syfilis. Med undantag af två företedde visserligen alla en mer eller mindre allmän dock vanligen ringa adenit. Detta betyder dock i och för sig icke så mycket, då man merendels i synnerhet hos yngre individer finner en eller annan hård eller lätt förstorad körtel å dessa ställen, i synnerhet ljumskar och hals. Hos några (fall 3, 9, 13 och 14) träffades därjämte andra obetydliga patologiska fenomen, som ej kunde stämpla egarinnan som syfilitisk. I fall 2 hade hon vid intagningen å sjukhuset andra gången i ena munvinkeln en efflorescens, som något liknade en mukös papel, men snart försvann för lokal behandling utan att nya symptom visade sig.

På grund af barnens snart inträffade död stannade en del af kvinnorna endast en kortare tid på sjukhuset, men flertalet voro föremål för en noggrann observation under ett par månader, stundom längre tid, och i 3 fall återkommo mödrarna med sina barn, då dessa fingo nya anfall af sin sjukdom.

En del af kvinnorna voro utan tvifvel sanningsenliga och yppade, hvad de visste, medan i flere fall vår öfvertygelse var, att de visste mer än hvad de yppade. Såsom synnerligen misstänkt kan nämnas kvinnan i fall 7. Hon hade under likartade förhållanden med flere års mellantid intagits å sjukhuset två gånger med syfilitiska barn och sökte sista gången dölja sin föregående vistelse därstädes, hvartill kommer, att barnen hade olika fäder. I fall 13 hade kvinnan flere år förut fått missfall. I fall 14 hade kvinnan redan fått ett syfilitiskt barn och skylde nu på sin vida yngre man, men denne hade just under hennes första hafvandeskap vårdats här för dröppel och ej haft syfilis.

Rörande barnens fäder fingo vi, med frånseende af det nyss nämnda, inga andra upplysningar än dem, som kvinnorna lemnade. De voro ganska växlande, i det att somliga icke kände närmare till männens hälsotillstånd, medan andra bestämdt ville fritaga dem, och åter andra ville hos dem hafva observerat sjuk-

domsfenomen, som kunde misstänkas för att vara syfilitiska eller uppgåfvo, att de haft syfilis eller venerisk sjukdom.

Af de 15 barnen skola 4 vid födelsen hafva varit mer eller mindre ofullgångna, de öfriga fullgångna. Med få undantag ammades de af mödrarna och fostrade sig till en början väl, men fingo symptom af syfilis, 5 i första, 5 i andra och 5 i tredje månaden. Till den sista kategorien räknar jag barnet i fall 1, där en envis snufva uppstod i början af 3:e månaden, men tydliga symptom af syfilis först observerades i den 4:e. Med mercurialia behandlades 12 af barnen, medan 3 vid inkomsten voro så klena, att dylik behandling ansågs olämplig. Sex utskrefvos som symptomfria, 2 som förbättrade och 7 som döda. Dödsorsaken var i 5 fall hufvudsakligen att söka i deras syfilis, om också i de två andra sjukdomar tillkommit; i ett fall fans allmän peritonit, och i ett utvecklade sig tidigt tuberkulos, som dödade barnet.

I betraktande af förlossningarnas utgång i dessa fall och barnens förhållande efter födelsen, torde man utan fara för misstag kunna påstå, att, i allmänhet sedt, den smittokälla, hvarifrån barnen fått sin syfilis, redan existerat någon tid, åtminstone i ett eller annat, i åtskilliga fall kanske i flere år. Denna omständighet förklarar tillräckligt, att dessa mödrar, om de en gång haft symptom af syfilis, vid tiden för observationen kunde vara fria därifrån. Ett förhållande har ej kunnat annat än göra oss misstänksamma i fråga om kvinnornas frihet från syfilis, äfven om vi ville frånse andra omständigheter, som tala däremot. Under tidens lopp hafva flere kvinnor intagits för tertiär syfilis, hvilka med alt utseende af trovärdighet försäkrat, att de före dessa symptoms uppträdande aldrig hos sig förmärkt några tecken till syfilis men tillika omtalat, att de förut haft ett eller annat missfall och barn, som varit klena och snart aflidit. De hafva tydligen förbisett sina egna tidiga syfilitiska symptom. Detta är för öfrigt en gammal erfarenhet, som vi sett bekräftad.

Sedan detta var skrifvet, inkom en af de här omtalade kvinnorna å sjukhuset den $^{18}/_{9}$ 1897. Hon intogs förra gången den $^{5}/_{3}$ 1890 med ett 7 veckor gammalt, syfilitiskt barn, som utskrefs den $^{17}/_{4}$ symptomfritt i öfrigt men med förstorad mjälte. (Se bilagan afd. IV 13). Efter någon tid började kvinnan lida af värk i hufvud och extremiteter, fick 2 år därefter svullnad i pannan och sår i gommen samt behandlades då af läkare med

jodkalium. Värken återkom och har sedan mer eller mindre plågat henne. För 3 år sedan, efter stöt, ett envist sår å högra underbenet, för hvilket äfven användes jodkalium. Nya sår å samma ställe våren och sommaren 1897. Vid sista inkomsten klagar hon öfver värken, företer en betydlig hyperostos å högra underbenet och ett större orent sår å benets bakre del, ett blekt vid benet fästadt ärr i hårda gommen och ett ytligare å bakre svaljväggen. Barnet hade hållit sig klent under de första åren men sedan tagit sig. Den nära 8-årige gossen är af medelhöjd och ordinär kroppsbyggnad. Hufvudskålen något bred och platt antydande aflupen rachitis. Ögon och öron friska. Alla kvarsittande mjölktänder dåliga, alla incisivi i underkäken och en i öfverkäken nya och ganska vackra. Liflig och glad. Går i skola och är lika långt kommen som sina jämnåriga.

Denna kvinna, som redan 1884 fått missfall, hade utan tvifvel syfilis 1890 och gaf då denna sjukdom åt sitt barn. Hon vidhåller nu, att hon 1890 ej visste af sin syfilis. Där återstå således endast 13 kvinnor, hvilka ej företett eller erkänt sig hafva haft symptom af lues. Det sannolikaste torde vara, att en del af dem väl känt tillvaron af sin sjukdom men fördolt den, och att de återstående liksom den nyss nämnda haft lindrigare symptom af syfilis, som de förbisett eller ringaktat.

Den föregående undersökningen omfattar i de tre första afdelningarna en serie af syfilitiska kvinnor med sina barn, af hvilka först nämnda somliga blifvit inficierade med syfilis på vidt skilda tider före konceptionen, och en antagligen hade kongenital syfilis, andra vid konceptionen och slutligen andra under hafvandeskapets förlopp. Hela antalet uppgår till 328, af hvilka 110 tillhöra den första, 44 den andra och 174 den tredje af dessa afdelningar. Af de 330 barnen voro 76 dödfödda, 44 ofullgångna, svaga eller behäftade med syfilis vid födelsen, medan 131 voro fullgångna eller nära fullgångna och symptomfria vid födelsen men sedan fingo syfilis, och 79 förblefvo symptomfria under observationstiden. Dödligheten bland barnen uppgick enligt tab. I till 56,7 % men, om de efter utskrifningen döda medräknas, till 63 % och, om blott de upptagas, hos hvilka syfilis ansetts vara för handen, till 57 %.

Vi hafva funnit, att, när moderns syfilis varit äldre än tre år före konceptionen, likasom då hennes infektion inträffat under de 4 sista månaderna af graviditeten, fostrens syfilis vanligen uppträdt i lindrigare former och ofta uteblifvit, men varit desto svårare, ju närmare i bägge fallen moderns infektion legat tiden för konceptionen. Denna är, så att säga, centrum i den för barnet farligaste tiden, som därjämte omfattar det närmaste året före densamma och två eller snarare fyra månader inpå hafvandeskapet. Dessa särskilda delar af den farligaste tiden äro ej skarpt afgränsade från hvarandra, enär moderns infektion samtidigt med konceptionen sällan är fullt bevislig, och hon, då infektionen egt rum endast en kort tid före konceptionen, först efter denna kan gifva syfilis åt sitt barn.

Endast i ett mindre antal fall har det lyckats oss att erhålla underrättelse om de utskrifna barnens vidare öde, oaktadt mödrarna utlofvat en sådan, men gifvet är, att många af dem inom kort aflidit af syfilis eller andra sjukdomar. Vi hafva annoterat 22 dödsfall bland dem, och ett litet antal hafva vi hört omtalas eller äfven sett som 4-, 5- och 8-åringar, men, oss veterligen, ingen enda vid pubertetsåldern eller som vuxen. Vår mortalitetsstatistik kan därför ej göra anspråk på att angifva den verkliga dödligheten, men som gradmätare af faran

för barnen vid de olika tiderna för moderns infektion eger den sitt värde.

Aborternas antal uppgick, såsom nämndes, till 76. Inom första afdelningen inträffade 7 i 8:e och 9:e månaden tillsamman, 1 i 7:e—8:e, 8 i 7:e och 4 i 6:e månaden eller därunder. För andra afdelningen belöpte sig motsvarande siffror till 10, 2, 3 och 3 samt för tredje afdelningen till 24, 2, 6 och 6. Man finner häraf, att aborterna i allmänhet kommo tidigare, då kvinnorna fått syfilis före konceptionen, något senare, då deras infektion inträffat vid eller nära konceptionstiden, och sist, då de blifvit smittade under hafvandeskapet.

Detta faktum låter ej förklara sig af tillfälligheter eller behandlingen, men väl däraf, att mödrarna i första fallet kunna hafva smittat fostren ända från konceptionstiden, men i de bägge andra fallen först sedan hafvandeskapet fortskridit en kortare eller längre tid.

Inom första och andra afdelningen förekomma ganska stora växlingar i tiden för abortens inträdande och äfven i den tredje har den ej sällan inställt sig på ganska olika lång tid efter moderns infektion. I afseende å andra och tredje afdelningen ligger den förklaringen närmast, att det syfilitiska virus i de enskilda fallen passerar placenta på olika tid efter moderns infektion. Det är också sannolikt, att modern, äfven då hon smittats före konceptionen, åtminstone långt oftare än man för närvarande vill antaga, inficierar sitt barn först under hafvandeskapet och då än tidigare än senare.

Om vi särskildt fästa oss vid de tidiga aborterna i 6:e månaden eller dessförinnan, så tillhörde alla den farligaste perioden. I proportion till alla aborterna, förekommo de ungefär lika ofta inom alla afdelningarna. Två eller sannolikt tre af kvinnorna (afd. III 2, 30, 28) hade ännu ej fått secundaria, då aborten uppträdde; alla de öfriga hade manifesta konstitutionela symptom under hafvandeskapet. Fem af dem hade ej erhållit någon specifik behandling, fem aborterade under pågående behandling, och af dessa hade två blifvit behandlade före konceptionen, två hade slutat en ordentlig kur under hafvandeskapet, en hade erhållit en kur före konceptionen och i ett fall var fostret antagligen dödt före behandlingens början.

Den närmaste orsaken till abort är väl utan tvifvel att söka i fostrets död, då denna i de flesta fall kan konstateras, innan något tecken till förlossningsarbetets början föreligger.

I en stor del af våra fall hafva vi sökt följa fostrens tillstånd in utero, såvidt detta kunde utrönas af deras rörelser och hjärtverksamhet. Icke så sällan har därvid konstaterats en öfvergående svaghet i fostrens rörelser och äfven då och då ett betydligare påskyndande af hjärtverksamheten, hvarvid modern stundom samtidigt varit illamående men vanligen icke. Någon gång hafva dessa symptom från barnet, då förhållandena annars varit lämpliga, utgjort indikation för upprepande af moderns behandling, eller dess förstärkande. I många af de fall, där abort inträdt, hafva vi gjort dylika undersökningar. Det är hufvudsakligen fosterrörelsernas mindre frekvens och försvagande, som därvid iakttagits såsom förelöpare till deras död och aborten, medan fosterljudet i allmänhet hållit sig märkvärdigt lika och normalt till nära slutet af fostrens lif och endast någon gång, då undersökningen skett kort före deras död, en betydligare frekvens konstaterats. Denna iakttagelse rörande fostrets hjärtverksamhet häntyder på, att någon feberrörelse ej förefinnes hos detsamma under detta svaghetstillstånd. I flere fall har barnets död inträffat mindre än ett dygn, efter det vi funnit alt normalt. I andra fall har det dröjt flere dagar eller äfven veckor, hvarvid vanligen rörelserna successivt blifvit alt svagare. Någon gång har katastrofen utan föregående admonition inledts af en eller annan häftig rörelse hos fostret, hvarefter döden snart inträdt, eller hafva rörelserna under en eller annan dag varit mycket oroliga och därefter svaga, till dess de upphört.

I 25 fall äro anteckningarna noggrannare. I 5 af dessa följde döden mindre än ett dygn, efter att vi funnit fostrets tillstånd utan anmärkning, i 4 fall inom 3 dygn och inalles i 16 fall inom en vecka, medan i 3 fall fostret företett tecken till svaghet närmare 2 veckor, i 3 fall kring 3 veckor, i 2 fall kring 4 veckor och i ett fall däröfver. I några casus hade rörelserna enligt kvinnans påstående varit svaga ifrån dess början. I 3 af fallen inträffade aborten dagen efter fostrets död, i 2 andra dagen o. s. v. eller inalles i 17 fall inom en vecka, i 1 fall i andra veckan, i 3 i tredje veckan, 1 i fjärde, 1 i sjette och 2 i sjunde veckan. Kvinnorna funno sig merendels fullkomligt väl under den tid, då de buro det döda fostret.

I några, 5—6 fall, kunde ingen abnormitet iakttagas hos fostret, då modern började klaga öfver spänning i buken och fick småvärkar, hvarefter fostret snart dog. I ett eller annat

fall afled fostret, medan kvinnan hade ett kortvarigt illamående af olika beskaffenhet och någon feberrörelse. Vi voro aldrig i tillfälle att konstatera något dylikt, då kvinnan hade syfilitiska prodromer eller vid utbrottet af hennes första konstitutionela symptom.

I fall af den först anförda och vanligaste arten kunde sålunda fostrens sjukdomssymptom fortfara en olika lång tid före dess död. I några af de hastigast förlöpande inträdde fostrets död kort efter det, att en intramuskulär kvicksilfverinjektion tilldelats modern, och man kan möjligen därvid tänka på något sammanhang dem emellan. Vi återkomma snart till dessa fall. I de öfriga liksom i dylika fall i allmänhet måste vi i första rummet söka anledningen till fostrets sjukdom och död i syfilis' direkta och allmänna inverkan, då den så ofta icke förklaras genom patologiska förändringar i fosterkroppen eller dess adnexer. I den förra träffas i flertalet fall inga makroskopiska förändringar af syfilitisk natur. De finnas visserligen ofta nog men sällan af sådan betydelse, att de i och för sig kunnat förorsaka fostrets död. Patologiska förändringar i placenta äro däremot mycket vanliga och ofta af sådan beskaffenhet, att de måste tagas med i räkningen vid bedömande af orsaken till den letala utgången.

Det är två patologiska processer i placenta, som därvid spela en framstående roll, nämligen villös placentit samt endarterit och endoflebit i nafvelsträngens kärl. Den förra kan verka fördärfbringande dels genom att försvåra eller hindra blodcirkulationen i de villösa kärlen och dels genom att inkräkta på platsen för moderns blod i de intervillösa rummen, de senare genom att lägga hinder i vägen för fosterblodets rörelse till källan för fostrets nutrition och dess fria aflopp från placenta.

Den villösa placentiten, hvilken benämning jag för korthetens skull användt, och som af Fränckel kallas »deformirende Granulationszellenwucherung der Placentarzotten» börjar vanligen i öfre delen af placenta och i midten af kotyledonerna, utbreder sig åt sidorna och därefter ned emot chorion. Fostret lefver sällan så länge, att den är likformigt utsträckt öfver hela kakan. Då den, såsom någon gång händer, träffas i sin början, såsom en med serotina sammanhängande, till formen rundad ganska väl begränsad, blek, i snittet kornig och homogen, något torr, tämligen hård men vid något starkare tryck skör härd i

en eller flere kotyledoner, kan den lätt nog förväxlas med en svulstbildning eller en s. k. hvit infarkt. I fråga om denna senare begås dock säkerligen långt oftare misstag i motsatt riktning. FRÄNCKEL finner det karakteristiska för denna placentarförändring uti organets tilltagande i volum och vikt samt mikroskopiskt den tjocka, plumpa formen hos villi och anser orsaken till denna deformitet ligga i en proliferation af talrika medelstora celler i villi, komplicerad med en proliferation i deras epitelmantel. Häruti kan man ej annat än gifva FRÄNCKEL rätt; jag skulle endast såsom caracteristicum vilja tillägga sjukdomens benägenhet att i den nämnda ordningen utbreda sig öfver hela placenta. En antagligen från de i villi befintliga embryonala cellerna utgående riklig proliferation af medelstora celler är hufvudsaken i denna sjukdomsprocess, och utan densamma har man icke för sig en placentit i ERCOLANI—FRÄNCKELS mening. Att kärlväggarna mer eller mindre kunna deltaga i sjukdomsprocessen kan ej bestridas, men att, såsom en del författare vilja, göra kärlaffektionen till utgångspunkt för det hela och hufvudsak, kan ej vara berättigadt.

Denna placentit förekommer enligt min erfarenhet vida mindre ofta än FRÄNCKEL och andra författare antaga.

Förändringen i nafvelsträngens kärl kan omfatta ett, två eller alla kärlen. Den tillhör hufvudsakligen den moderkakan närmaste delen af strängen, men träffas äfven ofta i de uti chorion förlöpande kärlgrenarna. Sjukdomsprocessen kan intaga hela kärlets lumen eller uppträda fläckvis, det senare mest i venen. Den kan vara ytlig eller gå på djupet och därvid intressera muscularis och stundom äfven adventitia. Ofta är kärlet till följd af väggens förtjockning förträngdt i högre eller lägre grad. Ofta finnas väggfasta tromber af olika ålder, icke sällan obturerande tromber i en eller flere kärlgrenar, någon gång i en arterstam. Från patologisk anatomisk synpunkt torde man böra skilja mellan en enkel, till fettdegeneration och kalkvandling tenderande process och en specifikt syfilitisk. Den senare, som utmärker sig genom en riklig proliferation af till formen växlande celler, har sitt hufvudsäte uti intima, om också vanligen muscularis och stundom äfven adventitia är intresserad.

Den specifika naturen af såväl placentiten som kärlaffektionen har blifvit förnekad och patologiska anatomerna ex professo yttra sig ej bestämdt i frågan. Något typiskt fall af denna placentit likasom af den, så att säga, cellulära formen af kärl-

affektionen har dock, mig veterligen, ej blifvit offentliggjordt, där syfilis med säkerhet kunde uteslutas. Hvad åter beträffar den ateromatösa formen af den senare, kan man ej bestämdt hålla på dess uteslutande förekomst vid syfilis, om det också är anmärkningsvärdt, att den synes så sällan förekomma, då ej syfilis är med i spelet. Denna frågas afgörande kan ej anses tillhöra syfilidologerna.

Dessa placentarförändringar kunna i de enskilda fallen förekomma i en mycket olika grad, och i förhållande därtill inverka de mer eller mindre störande på fostrets nutrition och utveckling. I lindrigare eller äfven måttlig grad kunna de träffas hos fullgångna och lifskraftiga barn, i svårare väl någon gång hos fullgångna men sällan om någonsin hos lifskraftiga. I sina högre grader förklara de utan svårighet fostrets dekadans och död. I ett fall af abort, där endera eller bägge dessa förändringar förefinnas, är det ingalunda alltid lätt att afgöra, i hvad mon dessa eller den allmänna infektionen förorsakat fostrets död; ofta torde de därvid hafva samverkat.

Man träffar äfven andra förändringar i placenta, hvilka visserligen icke äro af syfilitisk natur, men, då de finnas tillsammans med de förut nämnda, kunna bidraga till fostrens död. Dit hör en icke sällsynt atrofi af växlande form i en randdel af kakan, hvilken stundom kan vara ganska betydlig. Man kan någon gång få se den från en patologiskt förändrad umbilikalarter till det atrofiska partiet gående grenen själf förändrad, ja till och med obturerad af en gammal tromb. Härvid ligger den föreställningen nära, att atrofien kan hafva sin grund i dylika kärlförändringar genom embolier eller hämmad nutrition af villusträdet och dess grenar. Möjligen förhåller det sig understundom på detta sätt, men å andra sidan träffas en likartad atrofi vid friska nafvelsträngskärl och äfven i fall, där syfilis ej är för handen. Hit hör vidare en någon gång förekommande klen utveckling af placenta, som kan vara ovanligt liten och tunn.

Blödningar uti placenta af olika ålder äro en vanlig företeelse än utan än med de till syfilis räknade förändringarna. I allmänhet hafva de föga att betyda i nu omhandlade fråga eller såsom orsak till fostrens död, men undantag kunna finnas, och dit hör fall 17 afd. I, där kvinnan aborterade i slutet af 4:e månaden och en del af moderkakan var söndersliten genom blödningen.

S. k. hvita infarkter af olika läge, storlek, form, färg och äfven konsistens förekomma mycket ofta både vid och utan syfilis. De kunna ej i och för sig anses hafva något inflytande på fallens utgång. I de casus, där de funnos i största mängd, voro barnen fullgångna och väl utvecklade. I patologiskt anatomiskt hänseende dem närstående eller med dem identisk är den förtätning öfver chorion, som så ofta och i olika grad anträffas, vanligen till formen platt men ej sällan höjande sig upp i kakan såsom infarkt. Gummata har jag aldrig haft tillfälle att se i placenta, men äfven om de förekomma, kunna de ej hafva något att betyda i fråga om fostrens död. Enskilda författare ställa en stundom förekommande mer eller mindre betydlig kalkafsättning inuti kakan i sammanhang med syfilitiska kärlförändringar. Dylika fall hafva vi ej så sällan iakttagit, men därvid i öfrigt funnit placentarsubstansen likasom nafvelsträngskärlen friska. Den mäktiga beskaffenhet, som serotina någon gång företer, utan makro- eller mikroskopisk förändring i öfrigt, kan ej anses vara patologisk i vanlig mening; det är svårt att afgöra, om den har någon betydelse för placentas och därmed fostrets utveckling.

Frekvensen af placentarförändringarna vid olika utgång af förlossningarna har för de särskilda afdelningarna blifvit angifven. Vid en sammanfattning finner man, att placenta undersöktes i 44 fall af abort och därvid befans frisk eller utan specifika förändringar i 19 fall, medan i 8 förekom villös placentit i olika utbredning, i 5 fall villös placentit och förändring i nafvelsträngens kärl samt i 12 fall förändring i dessa kärl ensamt, eller kunde här som i de bägge föregående händelserna finnas en eller annan ej specifik förändring i kakan. I 15 fall, där barnen voro ofullgångna eller svaga, voro de motsvarande talen 10, 1, 2 och 2, i 30 fall, där barnen voro fullgångna och fingo syfilitiska symptom efter födelsen resp. 25, 2, 0, 3 samt slutligen i 34 fall, där barnen förblefvo symptomfria under observationstiden, resp. 29, 0, 0 och 5.

Häraf framgår, att dessa placentarförändringar långt oftare förekomma vid abort än annars. Själfva en följd af den syfilitiska infektionen måste de på grund af sitt säte ofta förorsaka störelser i fostrets utveckling och vitalitet, utan att dock, såsom redan är antydt, denna inverkan noga kan preciseras, då den allmänna infektionen alltid måste anses vara för handen och ofta ensam dödar fostret. Huruvida dessa förändringar i pla-

centa spela någon rol i de fall, där förlossningsarbetet börjar, utan att fostret företett något sjukdomssymptom, är svårt att afgöra. Möjligheten kan ej förnekas, och de hafva funnits i flertalet af dessa fall.

Specifika förändringar i placenta hafva träffats ganska ofta hos ofullgångna och klena barn samt kunna då äfven högre grader af dem förekomma, men hafva varit långt mera sällsynta och vanligen mindre betydande, då barnen varit fullgångna och efter födelsen fått symptom af syfilis. I 5 fall fans förändring i nafvelsträngens kärl, då barnen ej företedde symptom af syfilis under observationstiden. De äro förut på sina platser i korthet omtalade. I tre af dem tillhörde sjukdomsprocessen endast venen och var i två fall mycket obetydlig, medan i ett venen och den ena arteren och i ett bägge artererna voro angripna. Två af barnen voro under 3 månader vid utskrifningen och kunna därför lemnas ur räkningen. Utaf de tre öfriga gjordes endast i det ena närmare undersökning af kärlen, hvarest träffades en förändring, som måste anses vara af syfilitisk natur, nämligen en ganska betydlig cellproliferation i intima och muscularis. Barnets moder var smittad omkring ett år före konceptionen och hade under hafvandeskapet manifesta symptom af sjukdomen. Barnet företedde en ringa mjältansvällning men inga tydliga symptom af lues, så länge vi följde detsamma eller något öfver 3 månader. Det kan dock ej förklaras fritt från syfilis.

En eller annan författare antager, att syfilis kan lokalisera sig i placenta och lemna fostret oskadadt. Detta synes föga sannolikt, om också ej omöjligt.

Tidpunkten för moderns infektion synes ej hafva haft någon inverkan på frekvensen af de som specifika ansedda placentarförändringarna, enär de förekommit proportionsvis lika ofta, då modern varit smittad före som vid eller efter konceptionen. Det bör kanske härvid anmärkas, att vi ej varit i tillfälle att undersöka någon placenta, då modern blifvit smittad från och med hafvandeskapets 7:e månad. I 6 fall från 6:e månaden funnos dessa förändringar ej.

Det har förut blifvit antydt, att i några fall behandlingen möjligen kunde anses hafva vållat fostrens död. På senare tid har man flere gånger hos vuxna konstaterat en förgiftning med dödlig utgång efter injektion af calomel, och det är ju tänkbart

att vid dylik injektion å hafvande kvinna och en hastig absorption fostret kan få för stor dos af kvicksilfver.

De fall, som mest tala för en sådan inverkan af behandlingen, äro F. 4 och 17 i afd. I. I det förra hade kvinnan blifvit smittad närmare ett år före konceptionen och två gånger behandlad, omkring 6 och 3 månader före denna tid med 5 calomelinjektioner à 10 cgrm. Hon inkom å sjukhuset i början af 9:e hafvandeskapsmånaden och fick 4 injektioner af samma beskaffenhet. Fosterrörelser och fosterljud höllo sig normala. Den sista injektionen gafs på f. m. d. $^{11}/_{4}$ 1888. Vid middagstiden var fosterljudet kraftigt, 138. På aftonen kände kvinnan ordentliga rörelser, påföljande morgon helt svaga och därefter kunde hvarken rörelser eller fosterljud iakttagas. Kvinnan fann sig väl, och fyra dagar därefter påkom abort. Placenta rund 17 + 17 med en tjocklek af högst 1,6 cm. och sålunda något tunn. Substansen något mindre blodrik än vanligt men lucker och utan förändring; kärlen friska. Fosterkroppen 49 cm. lång väl utvecklad, macererad. I de blodimbiberade organerna kunde ingen makroskopisk förändring upptäckas; äfven benen friska. Thymus var betydligt större än vanligt, dess substans utan anmärkning.

Det efter alt att döma friska fostrets hastiga död kort efter en injektion och under en kanske något forcerad behandling, utan att dödsorsaken framgick af fosterkroppens och placentas undersökning, gjorde då på mig det intryck, att fostrets död kunde bero på kvicksilfverförgiftning, fastän modern ej företedde tecken på intoxikation.

I det andra fallet hade kvinnan fått syfilis kort före konceptionen och då erhållit 35 smörjningar à 3 grm. Hon inkom å sjukhuset i fjärde månaden och fick thymolkvicksilfverinjektioner à 10 cgrm. Dagen efter fjärde injektionen påkom en ganska ymnig blödning från genitalia, som upprepades dagen därpå, och den därpå följande inträffade abort. Först efter blödningens början omtalade patienten, att hon dagen efter alla injektionerna haft en om också ringa blödning, som snart upphört. Placenta var i öfrigt välbildad och frisk, men ett större parti å dess öfre del var sönderslitet och infiltreradt med delvis koaguleradt blod.

Hastiga och oväntade dödsfall förekommo i öfrigt flere gånger efter injektion, såsom uti fall 6 i afd. I, fall 8 och 12 i afd. II samt fall 25 och 36 i afd. III. Af dem vill jag här

endast anföra fall 8 afdelning II, enär injektionen gjordes med sublimat 1,5 cgrm. Kvinnan, som fått syfilis under halfåret närmast före konceptionen och då erhållit behandling med kvicksilfverjodur, inkom i 6:e—7:e månaden och fick sublimatinjektioner. Fosterrörelser och fosterljud utan anmärkning. Dagen efter den 11:e injektionen omtalade kvinnan, att fostrets rörelser under natten upphört och fosterljud kunde ej upptäckas. Abort 2 dagar därefter. Kvinnan fann sig väl. Fosterkroppen visade ingen patologisk förändring. Däremot fans en måttlig sådan i nafvelsträngens alla kärl.

I ett af de öfriga fallen användes calomel till injektion, i de andra thymolkvicksilfver. Dessa fall äro ej rena, enär i dem alla specifika och vanligen betydliga förändringar funnos i placenta eller nafvelsträngens kärl. Då därtill kommer, att lika hastiga dödsfall iakttagits vid andra och lindrigare behandlingsmetoder, ja till och med då kvinnan varit utan specifik behandling, kan man svårligen fästa något afseende vid dessa fall. I afseende å de två först anförda kvarstår min misstanke, och under alla förhållanden kunde saken förtjäna att i korthet beröras.

Af de lefvande födda barnen voro 44 ofullgångna, svaga eller företedde symptom af syfilis vid födelsen. De kunna, såsom redan skett i de särskilda afdelningarna, lämpligen indelas i tre kategorier, af hvilka den första omfattar de barn, som väl voro ofullgångna men dock lifskraftiga, den andra dem, som voro ofullgångna och svaga, ej lifskraftiga samt den tredje dem, som vid födelsen visade symptom af syfilis.

Till den första kategorien hörde fem barn. Hos ett af dessa kunde inga tydliga tecken till syfilis konstateras under dess vistelse på sjukhuset (öfver 3 månader). De öfriga fingo syfilis och blefvo efter behandling symptomfria. Tre af dessa afhördes ej vidare, medan det fjärde afled af tuberkulos vid 3 års ålder.

Till den andra kategorien kunna räknas 30 barn, af hvilka flere säkerligen aflidit in utero, om de ej blifvit i förtid utstötta. Dessa bilda, så att säga, en öfvergång till de fall af abort, där denna tyckes utgå från modern före fostrens död. Af de 30 barnen afledo 10 inom ett och två dygn och ännu två inom första veckan, 5 i andra, 5 i tredje veckan, medan de öfriga 7 lefde 35—83 dagar och ett blef 10 månader gammalt.

I 9 fall funnos tydliga symptom af syfilis vid barnets födelse eller närmaste dagar därefter, hvarutaf pemphigus i 8 fall. Två af dessa barn afledo redan under första dygnet, de öfriga lefde i 25—54 dagar. I det återstående fallet hade barnet multipla benaffektioner och utskrefs symptomfritt.

För fyndet vid de 32 obduktionerna har jag redogjort vid de särskilda afdelningarna. Däraf visar sig, att mjältaffektion anträffades i 13 fall och patologiska förändringar i de öfriga inre organen såsom lefver, lungor och hjärna i 8 fall, hvartill kommo blödningar i flere fall och i olika organ. Den anmärkning kan göras, att såväl i dessa casus som i fallen af abort syfilitiska förändringar i inre organ funnits vida sparsammare än enligt åtskilliga andra offentliggjorda statistiker. Orsaken till denna olikhet vågar jag ej afgöra. Möjligen kan den, åtminstone delvis, bero därpå, att kvinnorna i våra fall oftare erhållit specifik behandling.

Till de fullgångna eller nära fullgångna och efter födelsen syfilitiska barnen hörde 131. Flere af dessa ansågos vara födda en eller annan vecka för tidigt, och så var sannolikt förhållandet med en del af dem, men säkra data kunna ej lemnas, enär vi ofta voro hänvisade till mödrarnas uppgifter.

Symptom af syfilis uppträdde enligt våra anteckningar hos 47 barn i första månaden, hos 55 i den andra, 14 i tredje och hos 15 efter tredje månadens slut. I något mer än hälften af fallen fingo vi därvid rätta oss efter mödrarnas utsago, och, då de lätt nog kunna begå misstag, är det antagligt, att i en del fall uppgiften är origtig. I 61 casus, där barnen inkommo till sjukhuset direkt från barnbördshusen eller hemmet under första månaden, voro de motsvarande siffrorna 27, 21, 6 och 7, och sålunda företedde flere syfilitiska symptom i första än i andra månaden.

Om vi vilja söka bedöma, huruvida tidpunkten för moderns infektion haft något inflylande på tiden för symptomens uppkomst hos barnen, finna vi, att i 54 fall, där moderns infektion ligger före konceptionen, specifika symptom visade sig hos barnet 13 gånger i första månaden, 25 i den andra, 12 i den tredje och 4 efter tredje månadens slut, medan motsvarande tal i 77 fall, där modern smittats vid eller efter konceptionen, äro 34, 30, 2 och 11.

Om härvid frånses sista siffran i bägge serierna, hvartill vi skola återkomma, visar sig, att symptomen i allmänhet utvecklat sig vida långsammare i den förra än i den senare serien. Häraf kunde man lätt nog frestas till antagandet, att symptomen hos barn i allmänhet uppstå desto senare, ju äldre moderns syfilis är, men en närmare undersökning af den förra serien, som representerar vår första afdelning, visar, att så icke är förhållandet. I 15 fall, där modern var smittad mera än 3 år före konceptionen, fingo 6 barn symptom i första, 6 i andra och 3 i tredje månaden, medan i 35 fall, där modern fått syfilis mindre än 3 år före konceptionen, motsvarande siffror äro 7, 19 och 9. Det är sålunda hufvudsakligen de färskare fallen, i hvilka de syfilitiska symptomen visat sig jämförelsevis sent. Äfven en analys af den sista gruppen på 35 fall med dess tre årsklasser gifver ej något stöd för antagandet, att tiden för symptomens uppträdande står i direkt förhållande till sjukdomens ålder. Detta gäller sålunda för hela serien i jämförelse med den andra men ej för dess särskilda delar. Hvarpå denna skenbara motsägelse beror, är ej lätt att säga. Siffrorna äro ej stora, och tillika bör anmärkas, att det är i förra seriens fall, som vi oftast erhållit uppgifterna af mödrarna.

När symptom af syfilis först uppträda efter tredje månadens slut, bör man alltid misstänka, att barnet blifvit inficieradt efter födelsen, såvida ej särskilda omständigheter tala för medfödd syfilis. Utaf de 15 fall, som tillhöra denna kategori, måste vi anse sjukdomen kongenital i de fyra, enär i dessa vid obduktionen anträffades ependymit i hjärnans sidoventriklar, och denna, åtminstone så vidt för närvarande är kändt, ej kan anses förekomma vid ackvirerad syfilis hos späda barn. I ett af dessa fall (afd. I, 64) hade barnet vid inkomsten i 3:e månaden intertrigo och ett misstänkt utslag kring knälederna, men detta försvann utan specifik behandling, och tydliga symptom af syfilis, hvaribland hydrocephalus, visade sig först i början af 5:e månaden. I ett fall (afd. II, 28) observerade vi utvecklingen af hjärnaffektionen under 4:e månaden såsom första och med undantag af en ringa mjältansvällning enda symptomet af lues. I ett tredje fall (afd. III, 117) vårdades barnet å sjukhuset i nära 2 månader utan att förete symptom af syfilis, intogs åter i början af 6:e månaden med misstänkta symptom, som funnits omkring en månad, och afled 2 månader därefter. Det är möjligt, att i dessa 3 fall ependymiten börjat redan i 3:e månaden.

I det återstående fallet (afd. I, 57) kan med skäl missstänkas, att det illa vårdade barnet haft symptom af syfilis redan i tredje månaden.

Af de öfriga hit hörande 11 barnen voro efter all sannolikhet de flesta och kanske alla smittade efter födelsen. Två af mödrarna hade fått syfilis något mera än ett år före konceptionen, de öfriga nio under hafvandeskapet från och med 3:e till och med 8:e månaden. Fem hade erhållit specifik behandling, de sex sist under hafvandeskapet smittade ingen sådan behandling. Alla barnen voro fullgångna och väl utvecklade, och alla diade sina mödrar.

Åtta af dessa barn inkommo till sjukhuset direkt från Allmänna Barnbördshuset. I sex fall undersöktes placenta och befans utan specifik förändring, vanligen utan anmärkning. Barnen fostrade sig väl under härvaron, och vid utskrifningen voro fem tre månader gamla eller därutöfver och ända till fem månader, ett nära två månader och två ej fullt en månad. Två återkommo med nyss utbruten syfilis i fjärde månaden och, ifall sjukdomen var ackvirerad, hade åtminstone det ena barnets infektion egt rum å sjukhuset (afd. III, 112); dess moder hade muköśa papler m. m. Sex barn voro 5—10 månader gamla vid andra intagningen, och de syfilitiska symptomen hade endast stått en kortare tid; ett af barnen (afd. III, 120) var sannolikt smittadt af modern under vistelsen å sjukhuset.

De tre återstående barnen voro födda i hemmet. Ett af dessa var vårdadt å sjukhuset någon tid under andra och tredje månaden, återkom vid $5^1/_2$ månads ålder och hade då haft sina syfilitiska symptom i två veckor. Ett inkom först i femte månaden, och hade syfilis här uppträdt i midten af den fjärde. Det sista barnet inkom först vid 7 månaders ålder och hade haft symptom af syfilis under högst två månader.

Ett och annat af dessa barn var vid inkomsten oroligt och något blekt, men intet af dem kakektiskt eller egentligen svagt, de flesta väl utvecklade och vid godt hull. De syfilitiska symptomen voro alltid lindriga, vanligen muköśa papler å den ena eller andra kroppsdelen. Lindrig snufva fans endast hos två och blott hos en obetydlig mjältansvällning. Alla underkastades specifik behandling och blefvo snart symptomfria samt utskrefvos såsom sådana förutom ett barn, som kvarhöls för moderns skull, fick en enterokolit och afled, utan att vid obduktionen något tecken till syfilis kunde konstateras. För närmare detaljer i de enskilda fallen måste jag hänvisa till bila-

gan (afd. I 69, 74 och afd. III 68, 74, 87, 100, 111, 112, 115, 120 och 125).

Förutom dessa sannolika fall af barnets infektion genom modern post partum, förekommo två fall med typisk primäraffekt hos barnet, en gång å hakan och en gång å vecket mellan penis och scrotum, hvartill kom adenit å vederbörlig ort och i vanlig tid secundaria. De äro i bilagan upptagna under rubriken: symptomfria under observationstiden (afd. III 138, 157).

Det är utan tvifvel anmärkningsvärdt, att ej flere barn, som undgått syfilis under sin intrauterina utveckling, sedermera smittas af mödrarna, fastän dessa ofta nog äro behäftade med färska symptom. På sjukhuset hafva vi under dessa förhållanden städse manat till försiktighet, men likväl hafva i några fall barnen antagligen blifvit smittade af sina mödrar under vistelsen därstädes. I hemmen däremot användes ofta föga försiktighet, och man kunde tycka, att endast få barn skulle slippa helskinnade undan. Det kan därför ej förvåna, att den s. k. Profetas lag uppkommit och försvaras. I vårt bakteriologiska tidehvarf kan man ej förneka möjligheten af en temporär immunitet hos barnet, men säkert är, att i så fall denna är mycket ojämn och att ackvirerad syfilis ej sällan skulle konstateras, om mera uppmärksamhet ägnades däråt. Då moderns syfilis är känd, torde läkarne vanligen utan närmare pröfning uppfatta en hos barnet befintlig syfilis som medfödd, och mödrarna själfva hysa samma mening. En omständighet, som bidrager till misstaget, är den stora sällsyntheten af typisk primäraffektion hos de späda barnen.

De yttre symptomen från hud och slemhinnor, som barnen förete, äro i allmänhet väl utpräglade och, då därtill kommer barnens habitus och ofta symptom från andra organ, är diagnosen af kongenital syfilis i regeln ej förenad med större svårighet. Men ofta nog äro de yttre symptomen ringa eller ej karakteristiska och, om därtill inga tydliga tecken från andra organ förefinnas, kan diagnosen vara svår eller äfven omöjlig. Man kan visserligen i dylika fall uppskjuta behandlingen i afvaktan på säkrare symptom, och detta har också alt emellanåt egt rum hos oss, men symptomen kunna förblifva oansenliga, och man anser sig ej böra lemna barnen utan behandling. En rask förbättring af patienternas allmänna tillstånd och de befintliga

symptomen hafva vanligen i dylika fall visat syfilis' närvaro. Stundom inkomma barnen svaga och eländiga samt behäftade med ej specifika sjukdomar så väl å huden som i andra organ, hvilka kunna åtminstone tils vidare försvåra eller omöjliggöra en rätt diagnos, I några af våra i bilagan upptagna fall måste diagnosen af barnens syfilis anses tvifvelaktig.

I ganska många, 17—18, fall hafva inga yttre symptom från huden förefunnits och med få undantag äfven snufva saknats. Under dylika omständigheter hafva sjukdomstecken än från det ena än från det andra organet fått leda omdömet. Oftast har en inträdande mjältsvulst varit hållpunkten och därtill merendels barnens nedsatta allmänna tillstånd och ringa eller afstannade utveckling, så vidt den genom vägning kunde konstateras. I några dylika fall har barnet efter genomgången kur utskrifvits, utan att andra symptom iakttagits. I andra fall har barnet aflidit och vi post mortem antingen ej funnit något annat tecken till syfilis än mjältsvulsten eller annat organlidande såsom interstitiel hepatit (afd. III, 93) eller ependymit (afd. I, 81). Stundom har en enkel eller multipel benaffektion med eller utan psevdoparalysi varit det enda specifika symptomet; vanligen har dock äfven mjältsvulst existerat. Någon gång har tecken på ett abnormt intrakranielt tryck varit det första symptomet af syfilis. Slutligen hafva kort efter barnets födelse uppkomna blödningar i huden, vanligen snart följda af tecken på en hjärnaffektion, varit den enda ledningen för diagnosen. Härvid bör dock ej förbises, att i alla dessa fall moderns syfilis varit känd och barnens syfilis, så att säga, väntad.

Det är ej min afsikt att här närmare ingå på syfilis' alla symptom och organsjukdomar, hvilket för öfrigt skulle vara af ringa värde, utan vill jag endast beröra några af dem.

Af alla inre organ afficieras mjälten utan jämförelse oftast vid kongenital syfilis. Vanligen uppträder mjältaffektionen i form af en kronisk splenit, men kan stundom visa sig i mera akut form, hvarvid organets förstoring inträder hastigt med mer eller mindre retning till omgifvande peritonæum, någon gång såsom en väl utpräglad lokal peritonit med betydlig ömhet, så att barnet skriker vid minsta rörelse eller tryck å partiet. Vid tillfällig obduktion finner man då därstädes en väl begränsad inflammation i peritonæum med sero-fibröst exsudat. Mjältaffektionen har alltid ett långsamt förlopp. Vid längre observation

kan man iakttaga, att svulsten efter hand aftager och äfven kan försvinna. I äldre fall finner man vid obduktion en mer eller mindre betydlig förtjockning af mjältkapseln som den enda resten af processen, eller kan ännu ansvällningen delvis kvarstå. Ej sällan träffas sammanväxning mellan mjälten och omgifvande delar.

Mjältens förstoring kan i allmänhet utan svårighet konstateras, enär den till följd af sin ställning till omgifningen, så vidt möjligt är, utvidgar sig i riktning nedåt, och man därvid snart känner dess nedre del under refbensranden. På grund af erfarenhet från obduktionsbordet anser jag mig dock ej böra antaga mjältförstoring, då endast vid höjden af inspiration ett svagt anslag träffar det under refbenen intryckta fingret. På perkussionens utslag kan man aldrig lita.

Emellertid kan det inträffa, att man vid obduktion finner en betydlig mjältansvällning, som oaktadt noggrann undersökning ej iakttagits under barnets lifstid, hvilket beror på följande omständighet. Om man vid obduktion af spädа barn närmare studerar mjältens läge, finner man ofta nog densamma hvila i ett veck af peritonæum, som bildas af mesocolons ännu i utveckling stadda yttre blad och från bukväggen sträcker sig till öfre delen af curvatura coli sinistra. Detta peritonealveck kan redan kort efter barnets födelse vara ganska obetydligt, men ofta träffas det väl utveckladt och bildar ett verkligt suspensorium lienis. Någon gång är det så bredt och djupt, att en tredjedel, ja hälften af mjälten kan ligga nedsänkt i detsamma. Under barnets utveckling minskas det i allmänhet och träffas mera sällan i andra året. Ett par af de största har jag dock funnit i slutet af första året. I de flesta fall då mjältförstoring eger rum, glider mjälten ur detta suspensorium, och sänker sig därjämte nedåt bukkaviteten, hvarföre den blir lätt åtkomlig för palpation. I sådana fall, där peritonealvecket är större och djupare, kan mjälten endast ofullständigt eller alldeles icke skilja sig från detsamma. Ännu mera blir detta förhållandet, om genom en retning till peritonæum och bindväfsnybildning mjälten fästes vid vecket och omgifningen. Under sådana omständigheter kan mjälten ej sänka sig nedåt utan måste förstoras uppåt och då här hinder möta från diaphragma och lefvern, blir den vanligen vinkelböjd och till formen oregelbunden. Härvid kan man vid obduktion blifva öfverraskad af, att finna en mjältsvulst, som man förut förgäfves eftersökt.

I fråga om frekvensen af mjältaffektionen kan nämnas, att vid 44 fall af abort med obduktion densamma anträffades endast 3 gånger, däremot i 15 fall hos 44 ofullgångna barn och i 73—74 af 131 fall, där barnen fingo syfilitiska symptom efter födelsen.

Under hela tiden har jag ej försummat att vid obduktionerna undersöka thymuskörteln, men aldrig sett någon abscess eller varinfiltration i densamma. I tre fall (Afd. I 21 och 31, Afd. III 124) hafva vi funnit cystoida bildningar med jämna, glatta väggar och ett tunnflytande, något grumligt innehåll, hvaruti under mikroskopet visade sig fetthaltiga lymphoida celler, fettkornkulor och fritt fett, men aldrig varkroppar. I de två förstnämnda fallen hade körteln den för barnets ålder normala storleken och syntes i öfrigt vara utan förändring. I tre fall var körteln betydligt större än vanligt, och i ett af dem (Afd. III 124) kolossal. I detta senare träffades en nästan nötstor cystabildning i körtelns nedre del, men hvarken i detta eller de öfriga fallen kunde vid mikroskopisk undersökning någon pathologisk förändring i körtelväfnaden iakttagas, och det var således endast fråga om en hypertrofi, medfödd eller efter födelsen tillkommen. Uti ett här icke upptaget fall från 1897 var thymus i sin helhet förvandlad till en rundad nötstor cystoid bildning med tunnflytande något blodfärgadt innehåll och ojämn, gropig vägg. I några fall har jag funnit thymus ovanligt liten och slapp, hvarvid organet synes hafva varit atrofieradt.

De hos syfilitiska foster ofta uppträdande blödningarna hafva från många håll varit föremål för uppmärksamhet. Med rätta har framhållits, att, innan syfilis i det enskilda fallet kan anses hafva förorsakat blödningen, andra möjliga anledningar måste kunna uteslutas, hvarvid man vanligen afsett septisk infektion. Härigenom har utan tvifvel frågan vunnit i klarhet, men från klinisk och äfven pathologisk-anatomisk synpunkt kunna svårigheter uppstå, om man ej för diagnosen af septisk infektion fordrar tydliga för densamma talande makroskopiska förändringar i ett eller flera organ utan i detta afseende godkänner mikroskopisk demonstration af mikrokokker. Då meningarna härutinnan synas vara delade och likaledes i fråga om de kärlförändringar, som af enskilda forskare, särskildt Mraček [1]),

[1]) Vierteljahrssch. für Derm. und Syph. 1887, s. 117.

anses vara för handen vid de på syfilis beroende blödningarna, måste hela denna fråga anses tillhöra framtidens dom.

Det kan möjligen bidraga till frågans utredning, om dithörande fall samlas och sålunda de förhållanden, hvarunder blödningen visat sig, blifva altmera belysta. Från denna synpunkt vill jag, med hänvisning till bilagorna, i korthet sammanfatta vår erfarenhet i saken. Då i flera af våra fall inga syfilitiska organförändringar träffades hos fostren, vill jag erinra därom, att alla mödrarnas syfilis var höjd öfver alt tvifvel och i alla fallen ej gammal.

Blödning fans endast i ett fall (Afd. I 2) vid abort (44 obduktioner). Fostret i 8:e månaden. Där träffades blodcoagula i hjärnans sidoventriklar och därtill några pneumoniska härdar i lungorna samt osteokondrit.

I 10 fall fans blödning hos 30 ofullgångna och svaga barn af hvilka 26 obducerades. I tre af dessa fall kan septisk infektion anses hafva varit för handen (Afd. III 47 och 50 samt Afd. II 19). I det första af dessa träffades oläkt nafvel, allmän peritonit, hemorrhagiska härdar i lungorna och eckymoser i pleurabladen; i det andra, där barnet dog efter tre timmar, funnos peritonit, punktformiga blödningar i underhud, muskler, serösa hinnor och en ej obetydlig blödning i subduralrummet öfver tentorium, vidare leptomeningit, mjältsvulst och interstitiel hepatit. Det tredje barnet (ej obduceradt) företedde vid födelsen ett erythema multiforme, fick på 8:e dagen blödning ur nafveln och dog på den 9:e.

I två fall (Afd. III 51, 57) uppstod på 6:e och 8:e dagen blödning ur nafveln, och barnen afledo snart. I begge fans därjämte blödning i huden, i det ena eckymoser i pleura. I det ena voro umbilikalartererna väl kontraherade, i det andra den ena arteren öppen; å ingendera syntes någon makroskopisk förändring i väggen. De företedde ej någon tydlig syfilitisk organsjukdom.

I fem fall träffades blödningen ensamt i hjärnan eller dess hinnor, än mer än mindre (Afd. I 32, Afd. III 43, 44, 45, 60). Någon specifik organsjukdom visade sig icke hos något af dessa barn, men placentarförändringar hos två af dem. Det äldsta lefde 9, ett 4 och de öfriga endast ett dygn.

Hos ett barn af 8, som vid födelsen voro fullgångna men hade symptom af syfilis i form af pemphigus, fans blödning i främre högra hjärnlobens hvita substans samt därjämte mjältsvulst och

interstitiel hepatit. Barnet (Afd. I 31) lefde 42 dagar; den hemorrhagiska härden var tydligen af något äldre datum, och sannolikt hade blödningen inträffat kort efter födelsen, så vida den ej redan förut ägt rum.

I 131 fall, där barnen voro fullgångna och vid födelsen symptomfria men sedan syfilitiska, träffades blödning 7 gånger vid 60 obduktioner. Alla fallen tillhörde vår tredje afdelning. I ett af dem (F. 124) påkom blödningen först, då barnet genomgått antisyfilitisk behandling och var 5 1/2 månad gammalt. Den uppträdde dels i huden dels och hufvudsakligen kring en enormt förstorad thymus. Fallet, som förut är omnämndt, kan svårligen räknas till nu ifrågavarande blödningar. I tre fall förefans en ansenlig pachymeningitis hæmorrhagica, i det ena med hematombildning. I ett fjärde fall (F. 109) träffades blödning öfver och under tentorium, hvarvid det mesta blodet var koaguleradt och klumpvis lätt fästadt vid dura, som var hyperemisk men utan att något tydligt exsudat i form af en pseudomembran kunde eftervisas. Detta fall närmar sig en pachymeningit och bör kanske som sådan uppfattas. Författarne hänföra i allmänhet icke den hemorrhagiska pachymeningiten till syphilis hæmorrhagica, antagligen på grund af den inflammatoriska karakteren i den förra. Frågan är dock ej så lätt att afgöra. I ett af våra fall (F. 72) fostrade sig barnet till en början väl, fick lindriga symptom af syfilis i 6:e veckan och afled 56 dagar gammalt. Vid obduktionen fans en utbredd hemorrhagisk pachymeningit och äfven någon leptomeningit med uppmjukningshärdar i hjärnmassan; en om också ringa mjältförstoring var äfven för handen. Detta fall vill man ej gärna ställa i paritet med den form af blödning vid syfilis, som nu är i fråga, men i de öfriga 3 fallen är förhållandet något annorlunda. I ett af dessa (F. 75) visade sig på 3:e dagen blödning i huden på flera ställen, barnet föll i dvala på 5:e dagen och afled vid en ålder af 63 dagar. Här fans ingen tydlig syfilitisk organsjukdom, men en betydlig förändring i nafvelsträngens kärl. I ett fall (F. 118) fick barnet på 6:e dagen blödning från ena näsgången, därefter successive från underläppen, huden och underhuden samt afled på 21:a dygnet. Utom pakymeningiten fans här betydlig mjältförstoring och interstitiel hepatit. I det sista fallet (F. 109) började barnet på andra dagen lätt blöda ur bägge högra ögonlocken, föll hastigt och dog på tionde dagen; kort före döden uppträdde blödning från mun och näsa. Vid

obduktionen fans blödning kring det ena cartilago arytenoides. Ingen organsjukdom förefans och placenta var ej undersökt. Dessa tre fall sluta sig till de vanligen till syphilis hæmorrhagica räknade fallen så väl genom blödningens snara uppträdande efter barnens födelse som kanske äfven dess multiplicitet, men å andra sidan var pakymingiten, åtminstone i två af dem, fullkomligt likartad med den i det förstnämnda fallet, och de måste anses till sin natur identiska med detta.

I de två återstående fallen (F. 86 och 92) förefans en ganska betydlig blödning, i det förra i subduralrummet öfver och under tentorium jemte eckymoser i pleura, i det senare i de mjuka hinnorna å lilla hjärnans bakre del och nedåt kring med. oblongata. Det ena barnet lefde 9, det andra 2 dagar. Inga syfilitiska organsjukdomar utom kanske i det ena en ringa mjältförstoring. Placenta ej undersökt.

Blödningarna hafva sålunda mycket sällan visat sig vid abort och likaledes, i synnerhet om fallen med pakymeningit frånräknas, då barnen varit fullgångna och symptomfria vid födelsen, en gång af åtta hos ett fullgånget barn med pemphigus men jämförelsevis ofta, äfven om man afser från fallen med septisk infektion, hos de ofullgångna och svaga barnen. Blödningen har än träffats i ett organ än i flera, oftast i hjärnan och dess hinnor, därnäst i hud och underhud. Till kvantiteten har den varit ganska olika, men vanligen ej obetydlig och sålunda utgången från något större kärl, om också kapillära blödningar, särskildt i pleura, icke sällan förekommit.

Om Mraček's indelning af ifrågavarande blödningar uti »Blutungen bei syfilitischen» och »Syphilis hæmorrhagica neonatorum» och hans uppfattning i öfrigt accepteras, kan knapt något enda af våra fall räknas till den senare formen.

En ingalunda ovanlig företeelse vid kongenital syfilis är en hjärnaffektion, som vanligen går under benämningen hydrocephalus, då den under barnets lifstid diagnosticeras, men som bör väl skiljas från vanlig kronisk hydrocephalus.

Virchow [1]) fäste först uppmärksamheten på sammanhanget mellan syfilis och hydrocephalus. Det måste, säger han, i fråga om hydrocephalus ventricularis alltid vara tvifvelaktigt, om man skall kunna uppfatta den som syfilitisk, om jag också i ett fall af hydrocephalus congenitus vid syphlis congenita på grund af

[1]) Krankhafte Geschwülste. Zw. Bd. Berlin 1864—1865. s. 452.

den betydliga förtjockningen af ependymet och förekomsten af små fettdegenerationshärdar i detsamma ej hyser tvifvel om, att det verkligen var fråga om en syfilitisk affektion. Inom den syfilidologiska literaturen har man visserligen fasthållit sammanhanget mellan syfilis och hydrocephalus, men i det hela ägnat frågan ringa uppmärksamhet. Att så skett äfven inom andra af medicinens områden, framgår tydligt af två samlingsarbeten från senare tiden öfver de luetiska affektionerna af det centrala nervsystemet hos barnen. KOHTS [1]) yttrar sig i frågan om hydrocephalus helt kort och därhän, att, medan hydrocephali allmänt antages som följdsjukdom till syphilis congenita, är det vid hydrocephalus ventricularis ganska ofta tvifvelaktigt, om man skall kunna anse den vara af syfilitisk natur. Han anför Virchows observation och vidare, att Steffen iakttagit inflammation af den plexus choroides beklädande pia. FISCHL [2]) framhåller VIRCHOWS åsigt och omnämner därvid, att närvaron af fettdegenerationshärdar blifvit bekräftad af SENATOR men bestridd af JASTROWITZ. Han omtalar vidare fall af hydrocephalus hos syfilitiska barn iakttagna af BÄRENSPRUNG, STEENBERG och HUTSCHINSON och meddelar slutligen efter referat SANDOZ' afhandling om hydrocephalus vid kongenital syfilis. SANDOZ anför 4 noggrannt observerade fall från barn i en ålder af flera veckor till några månader med 3 obduktioner. Hos alla patienterna funnos specifika symptom af syfilis före uppträdandet af hydrocephalus. De kliniska symptomen voro alltid desamma och förloppet hastigt. Från pathologisk-anatomisk synpunkt kunde man förutom den vanliga för hydrocephalus egendomliga förändringen eftervisa en betydlig inflammation i ventriklarnas ependym liksom hyperæmi och oedem i plexus choroides, hvilka senare fynd SANDOZ anser karakteristiska för processens syfilitiska natur. Prognosen är dålig; blott i ett fall afstannade sjukdomen genom energisk antisyfilitisk therapi. Enligt ett annat referat (Jahrbuch für Kinderheilkunde B. XXVII s. 192) kommer SANDOZ till följande slutsatser. Det finnes syfilitisk hydrocephali. Denna är antingen medfödd eller utvecklar sig under de första lefnadsmånaderna. Den beror högst sannolikt på en inflammation i hjärnventriklarnas väggar (ependymet) och plexus framkallad af hereditär syfilis. Prognosen är alltid tvifvelaktig.

---

[1]) Pediatrische Arbeiten. Preisschrift. Berlin 1890.
[2]) Zeitschrift f. Heilkunde. XI Bd. 1890. s. 312.

Enskilda symptom kunna aftaga, den allmänna utmattningen och hydrocephalus göra dock oupphörliga framsteg.

I alla här citerade fall har man haft eller trott sig hafva att göra med vanlig kronisk hydrocephalus hos syfilitiska subjekt. Det är dock ganska möjligt, att mer än ett af dem varit af annan beskaffenhet.

Den ifrågavarande hjärnaffektionen vid kongenital syfilis utgöres i pathologiskt-anatomiskt afseende af en inflammation i hjärnventriklarnas, hufvudsakligen sidoventriklarnas ependym. Antagligen finnes alltid under sjukdomens utveckling ett seröst exsudat i ventriklarna, men detta kan vara af så olika kvantitet, att i ett fall under barnets lifstid tydliga tecken till ökadt intracranielt tryck förefinnas, medan i ett annat sådana tecken helt och hållet saknas. Under processens fortgång förträngas de bakre hornen i sidoventriklarna, deras väggar sammanväxa och hornen oblitereras i olika utsträckning från deras spetsar inåt, hvarvid exsudatet resorberas. I ett fall (Afd. III 104) påträffades en dylik sammanväxning i yttre delen af af den ena sidoventrikelns främre och midtelparti.

Sjukdomsprocessen tillhör, som sagdt, hufvudsakligen sidoventriklarna, men kan stundom med lätthet följas in uti tredje och fjärde ventriklarna. I de förra uppträder den än partielt än mera allmänt, dock så, att centralganglierna vanligen äro fria eller blott deras gränsdelar intresserade. Ofta är den längre avancerad i den ena än den andra ventrikeln. Ependymet visar sig i olika grad och utsträckning mjölkigt förtjockadt, vanligen glatt och jämnt men någon gång besatt med tallösa fina granulationer, medan i en del af fallen den underliggande hvita hjärnsubstansen synes vara fri, men i andra dess ytligare del tydligen är fastare än vanligt till konsistensen. Endast i ett fall (Afd. III 101) träffades en större kvantitet föga grumlig serös vätska i ventriklarna vid plattryckning af hjärnans gyri; i öfriga fall hade resorption af exsudatet, där det funnits, redan ägt rum. Detta fall var också det enda, i hvilket icke förträngning och obliteration i de bakre hornen förekom; ependymiten var allmän i sidoventriklarna och dessas yta besatt med granulationer. Annars var förträngning och obliteration konstant men till utsträckningen mycket växlande, i det att den stundom endast intog hornens spetsar, än större delen eller nästan hela hornen; ofta är den af olika grad på bägge sidor och finnes någon gång endast på den ena. Plexus choroides har

företett en olika blodhalt, men någon i ögonen fallande förändring har ej iakttagits; möjligen hafva vi ej alltid däråt ägnat tillräcklig uppmärksamhet.

För mikroskopisk undersökning af det förändrade partiet hafva användts preparat inbäddade i paraffin och celloidin samt färgade med hematoxylin-eosin, rubin och järn-hematoxylin. Af ependymets epithel förefinnas endast här och där obetydliga och ofta i aflossning stadda rester; cellernas utlöpare äro ej skönjbara. Ependymet är i olika grad och ofta betydligt förtjockadt. I det fall, der sammanväxning af den ena ventrikelns sidodel förefans och snitten bifvit lagda vertikalt mot detta ställe, ser man ependymet från bägge sidor tilltaga i tjocklek och sammanflyta; den uppkomna föreningen han följas ganska långt på djupet. Så väl de finare kärlen i ependymet som de gröfre på gränsen till den hvita hjärnsubstansen och äfven kärlen i dennas ytligare del äro i allmänhet starkt blodfylda. Deras väggar förete vanligen ingen tydlig förändring, men här och där äro nämnda gränskärl synnerligen vida och hafva ansenligt förtjockade väggar. Antalet af kärnor i neuroglian är vanligen förökadt men ojämnt. På sina ställen äro de mycket talrika och tätt liggande. Till storlek, form och färgning skilja de sig ej från de vanliga här befintliga; någon tydlig protoplasma kring dem visar sig ej. Själfva neuroglian förete vanligen ingen synbar förändring, men här och där finner man mest i djupare delen af ependymet men äfven närmare ytan en väfnad, som i alla afseenden liknar vanlig lockig bindväf. Några degenerationsprodukter förekomma ej, men detta kan, särskildt hvad fettet beträffar, bero på härdnings- (Müllers lösning och sprit) och preparationsmetoden. Man kan således konstatera en förtjockning af ependymet och hyperemi i detsamma likasom på gränsen till och inuti den hvita substansen, här och där med utvidgning af kärlen och förtjockning af deras väggar, vidare en proliferation af cellelementerna i neuroglian och på sina ställen en bindväfsnybildning i denna.

Denna sjukdomsform skiljer sig sålunda från vanlig kronisk hydrocephalus därutinnan, att processen, och detta, såsom vi skola se, oberoende af behandlingen, har en bestämd tendens att stanna, medan hjärnans sidoventriklar delvis oblitereras och exsudatet resorberas. Detta exsudat han vara så betydligt, att sjukdomen under patientens lifstid har bilden af en hydrocephalus, men detta är långt ifrån alltid och, där sådana tecken

finnas, försvinna de åter förutom det vanligen mer eller mindre uppstående pannbenet. Hydrocephalus är därför endast ett inkonstant symptom af denna sjukdom, för hvilken ependymit synes vara den rätta benämningen såsom angifvande sjukdomsprocessens så väl hufvudsäte som inflammatoriska natur. För den patologiska förändringen, sådan denna vanligen visar sig vid obduktionen, kan ependymskleros (ZIEGLER) vara ett passande namn, men från klinisk synpunkt är det olämpligt. Härmed vill jag ej hafva bestridt möjligheten, att en kronisk hydrocephalus i vanlig mening kan uppstå på syfilitisk grundval, men vi hafva aldrig observerat något sådant fall, och under alla förhållanden böra dessa sjukdomsformer väl åtskiljas.

I processens så väl makro- som mikroskopiska karakterer är det svårt att leta fram något specifikt syfilitiskt, så vida ej sjukdomens förlopp och ventriklarnas partiela obliteration är egendomlig för syfilis. Det är också möjligt, att fortsatta komparativa mikroskopiska studier kunna påvisa olikheter mellan de olika formerna af ependymit.

Den patologiska förändringen har vanligen varit begränsad till hjärnans ventriklar, men i två fall (afd. III, 67, 103) funnos därjämte post mortem rester af en inflammation i hjärnans mjuka hinnor i form af några mindre, i regress varande varinfiltrater och tillika i det ena fallet fibrillär sammanväxning mellan de mjuka hinnorna och dura. Detta häntyder på, att retningsprocessen stundom kan hafva större utbredning, så vida ej det blott varit ett tillfälligt sammanträffande.

Af denna hjärnaffektion har jag iakttagit 22 fall med 17 obduktioner men är öfvertygad, att i mera än ett fall, där barnet blifvit utskrifvet såsom symptomfritt eller förbättradt, denna sjukdomsprocess förefunnits. Den har af oss aldrig observerats vid abort utan först kortare eller längre tid efter barnets födelse. I 10 af fallen upptäcktes den ej förr än vid obduktionen. Det yngsta af dessa barn (afd. III, 101) var vid sin död 1 månad 7 dagar, det äldsta i 7:e månaden, medan representanter funnos för alla de mellanliggande månaderna. I de öfriga 12 fallen observerades symptom af sjukdomen en gång i slutet af första månaden (afd. III, 88), 4 gånger i början af 3:e, 2 i 4:e, 1—2 i 5:e, medan i 3 fall barnen inkommo till sjukhuset först i 7:e—10:e månaden med utpräglade tecken till hydrocephalus. Sjukdomen uppträder sålunda på ganska olika tid efter barnens födelse, och de tidigaste af våra fall häntyda på, att den möjligen någon

gång kan börja intrauterint. Dess duration kan ej noga bestämmas, enär man med full säkerhet hvarken kan känna dess början eller slut. I ett fall (afd. I, 64) åtgingo nära 3 månader från den tid, då tecken till ökadt intrakranielt tryck visade sig och till dess de försvunnit utom det uppstående pannbenet. I två fall, där vi dock ej följde med från början, tycktes ungefär samma eller något längre tid hafva åtgått, i ett fall omkring 5 månader. Vanligen hafva andra symptom af syfilis existerat någon tid, innan tecken till hjärnaffektionen visade sig, men stundom hafva de kommit ungefär samtidigt eller till och med hjärnsjukdomen först observerats.

Tydliga symptom af sjukdomen kunna ej sällan saknas eller vara så ringa, att de lätt nog förbises. De viktigaste utgöras af tecken till ökadt tryck inom kraniet såsom utbuktad, spänd och vanligen starkt pulserande främre fontanell, mer eller mindre betydlig venfyllnad kring densamma och stundom öfver hela främre delen af hufvudet, framdrifning af pannbenet, någon gång i dess ställe bakhufvudet förstoradt, hvartill kan komma svårighet för barnet att väl uppbära hufvudet I ett fall (afd. III, 104) förekom endast lindrig exophtalmus och oförmåga att fixera med ögonen. I de fall, som gingo till förbättring, funnos blott sådana trycksymptom i högre eller lägre grad. Men i några casus, där inga (afd. III, 88, 110) eller måttliga (afd. III, 104) dylika tecken funnos eller de voro på återgång (afd. I, 30) visade sig på olika tid före barnets död en annan symptomgrupp. De annoterade symptomen voro dåsighet och sömnaktighet, stundom omväxlande med oro och skrik, likgiltighet för föda och långsamt diande, dyspné, benägenhet för kräkning, i ett fall vidöppna och stirrande ögon. I ett fall (afd. I, 22) hade patienten under vid pass 2 veckor före döden konvulsiviska ryckningar i extremiteternas och ryggens muskler, i ett fall (afd. I, 30) mer än en vecka före döden ett krampanfall. I flere fall uppträdde dylika motoriska störelser några timmar, kanske en dag före döden, men sådana äro ju ej ovanliga hos döende späda barn, och de kunna hafva berott på andra orsaker. Konvulsiviska anfall måste därför betraktas som mera sällsynta vid denna form af ependymit. Tydliga paralysier eller pareser förekommo ej; endast en gång en antydan därtill. I allmänhet hafva barnen varit klena och svaga, men det förtjänar kanske anmärkas, att i några fall, där öfriga syfilitiska symptom varit ringa, barnen under någon tid så väl i sjuk-

domens början (afd. II 28), som under dess vidare förlopp (afd. I, 59) fostrat sig väl och varit lifliga.

Diagnosen af sjukdomen måste hufvudsakligen baseras på närvaron af tecken på ökadt intrakranielt tryck, men vinner stöd af andra förhållanden. Vi hafva sålunda vanligen haft för oss barn, som efter födelsen till en början fostrat sig oklanderligt, därefter fått symptom af syfilis och något senare tecken till hjärnaffektioner, om också undantag i dessa afseenden förefunnits. Sjukdomen förlöper afebrilt, paralysier och pareser saknas, och efter någon tid börja tecknen på hydrocephalus att gå tillbaka. Om dylika tecken icke finnas men väl andra symptom af en hjärnsjukdom, så betyda väl dessa i och för sig föga för en differentiel diagnos, men äfven nu kunna vissa af nyss nämnda förhållanden, såsom tidpunkten för sjukdomens uppträdande, närvaron af andra tecken på syfilis och feberfriheten vara en ledning för omdömet. Af de hjärnaffektioner, till hvilka syfilis kan gifva upphof, skulle en betydligare blödning i hjärnans hinnor någon gång kunna missleda, särskildt i sådana fall, där trycksymptomen äro mindre utvecklade. Dessa blödningar uppträda dock nästan alltid kort efter födelsen, och döden är vanligen ej långt borta. I ett fall (afd. III, 75) lefde barnet öfver 2 månader med ett ansenligt hæmatoma duræ matris, hvarvid dock blödning i huden börjat redan tredje dagen efter födelsen, och barnet snart föll i dvala. Tecknen på abnormt intrakranielt tryck gingo tillbaka, barnet vaknade upp ur sin dvala, och tydliga pareser saknades, men sjukdomen hade från början karakteren af ett vida djupare lidande, så att något misstag svårligen kunnat göras, äfven om icke blödningen i huden visat vägen för en riktig diagnos.

En förväxling med vanlig kronisk hydrocephalus kan i början ega rum och inträffar utan tvifvel ofta, men den här i fråga varande formen af hydrocephalus finnes aldrig, så vida vår erfarenhet räcker, vid barnets födelse, uppnår endast en ganska måttlig grad samt har en bestämd tendens att gå tillbaka, om det också kan dröja några eller flere månader. Den främre fontanellen kan i ett och annat fall vara något stor, men i regeln är den icke förstorad, och i flere casus har den varit mindre än vanligt, hvilket senare sammanhänger därmed, att hos barn med kongenital syfilis hufvudskålens förbening, mera allmänt eller partielt, icke sällan är längre avancerad än normalt och främre fontanellen därvid liten, stundom mycket liten. Denna

omständighet kan försvåra diagnosen af vår hjärnaffektion, och man bör i sådana fall ej underlåta att studera hufvudskålens suturer och bakhufvudets relativa storlek. I ett dylikt fall (afd. III, 104) träffades, såsom ofvan är antydt, ependymit — här saknades dock de vanliga tecknen ej helt och hållet — och i ett annat (afd. III, 66) fans efter all sannolikhet denna sjukdom, men barnet hemtade sig, och vi kommo ej i tillfälle att kontrollera diagnosen genom obduktion.

Sjukdomens prognos är ej lätt att noga angifva, då åtskilliga omständigheter kunna inverka på utgången. I tre fall utskrefvos barnen såsom symptomfria med frånseende af det uppstående frontalbenet. I ett af dessa (afd. I, 59) kom modern och visade barnet vid tre års ålder. Gossen var väl utvecklad och hade ett friskt utseende, godt hull samt ganska goda tänder; endast det vertikala pannbenet erinrade om det förflutna. Ett af dessa barn (afd. I, 64) återkom efter kort tid med en annan hjärnsjukdom, som medförde döden. Det tredje barnet (afd. I, 65) intogs ännu en gång vid 16 månaders ålder för muköse papler. Flickan var något mager men hade god matlust och artade sig väl, var liflig och glad. Hade 14 tänder af hvilka de öfre framtänderna mindre goda. Pannbenet ännu uppstående. Fontanellen nära förbenad. Afhördes sedan ej. I tre fall uttogos barnen i förtid af sina mödrar. Ett af dem (afd. I, 57) var ej obetydligt, ett annat (afd. I, 35) föga förbättradt, medan hos det tredje (afd. II, 28) symptomen nyligen uppträdt. Detta sist nämnda barn, hvars allmänna tillstånd var särdeles godt, afled omkring en månad därefter, enligt uppgift af hydrocephalus; de två andra afhördes ej vidare. Af de öfriga 16 fallen funnos endast 3 (afd. I, 30 och afd. III, 101, 104), i hvilka hjärnaffektionen post mortem befans ensam eller med förändringar i andra organ, som ej kunnat hafva något inflytande på den dödliga utgången; två af barnen voro dock klena och svaga. Annars träffades komplicerande sjukdomar, som utan tvifvel i flertalet af fallen dödat barnen. Dessa fall återfinnas i bilagan (afd. I, 22, 53, 82; afd. III, 61, 67, 88, 103, 107, 110, 114, 117, 130 samt afd. IV, 7). En omständighet, som kanske ej bör förbises, är den, att i flere af fallen sjukdomsprocessen i hjärnans ventriklar vid obduktionen tycktes vara aflupen, om också någon full säkerhet häruti ej förefinnes. Om alt sammanlägges, kan prognosen vid denna hjärnaffektion i och för sig ej anses så dålig, åtminstone hvad barnens när-

maste framtid angår, men då det gemenligen gäller klena och genom syfilis försvagade barn, och ofta andra sjukdomar tillstöta, blir utgången i de flesta fall olycklig.

I 4 fall användes ingen specifik behandling, och i några casus dog barnet kort efter behandlingens början, men sjukdomens förlopp, så vidt vi kunde följa densamma, likasom de patologiska förändringarna post mortem voro desamma som i de behandlade fallen. Häraf framgår, att sjukdomsprocessen har ett typiskt förlopp, som är oberoende af behandlingen. Detta åter talar för en väsentlig olikhet mellan denna hjärnaffektion och vanlig kronisk hydrocephalus, såsom vi redan förut antydt. Å andra sidan försvåras därigenom bedömandet, om och i hvad mon behandlingen med kvicksilfver inverkar på sjukdomsprocessen, hälst denna i de icke behandlade fallen ej varit längre avancerad än i de behandlade. I de casus, där hjärnaffektionen ej blifvit upptäckt förr än vid obduktionen, finnes ingen hållpunkt för omdömet i detta afseende. I de öfriga hafva vi aldrig kunnat konstatera något hastigare afbrott i sjukdomens utveckling utan endast i en del fall ett långsamt aftagande af trycksymptomen, vida skildt från den snabba verkan, som kvicksilfver i några af dessa fall utvecklat och vanligen utvecklar i fråga om de lindriga syfilitiska symptomen å hud och slemhinnor äfvensom å barnens allmänna tillstånd, där inga djupare organlidanden föreligga.

Den specifika behandlingens inverkan vid i fråga varande hjärnaffektion är sålunda ej i ögonen fallande och hastig, men kan därför ej förnekas, och i de fall, där barnen utskrefvos som symptomfria eller förbättrade, hade den blifvit använd. Då hjärnaffektionen särskildt skall afses, måste den vanliga behandlingen förlängas eller snart förnyas.

BILAGA.

I denna bilaga, som innehåller en kortfattad framställning af alla fallen, äro dessa i de tre första afdelningarna ordnade efter tidpunkten för moderns infektion och, då denna är lika, efter tiden för fallens observation. I de enskilda fallen har, såsom redan blifvit nämndt, i allmänhet endast det för deras bedömande nödvändiga kunnat införas jämte data för mödrarnas intagning å sjukhuset och förlossning, barnens utskrifning m. m. Till vidare förklaring och särskildt af en del förkortningar vill jag här tillägga några ord.

Bilagan var ursprungligen uppstäld i tabellarisk form, hvarvid i fråga om kvinnornas ålder funnos 3 rubriker nämligen: under 21 år, 21—30 och 31—40 år, medan för de få kvinnor, som äro öfver 40 år, den bestämda åldern angafs. Då i sista ögonblicket formen ändrades, bibehöllos åldersrubrikerna såsom besvärliga att förändra. I den nuvarande inledningen till sjukhistorierna står u. för under, G. för Gift, Og. för Ogift, Inf. för Inficierad, Konc. för Konceptionen, Behandl. för Behandling, Ok. för Okändt, utskr. för utskrifvet och fb för förbättradt. Kvinnornas specifika behandling såväl före som under sista hafvandeskapet har alltid egt rum å sjukhuset, där ej annorlunda är anfördt. Injektionerna med kvicksilfverpreparater hafva med få undantag varit intramuskulära. Vid användande af calomel och thymolkvicksilfver har dosen alltid varit 10 cgrm, där ej annan dos är utsatt. Vid smörjkuren hafva 2—3 grm salfva, merendels det senare, sällan mera blifvit använda.

Många af kvinnorna, i synnerhet i första afdelningen, hafva förut vårdats en eller flere gånger å sjukhuset för syfilis. Detta framgår i hvarje fall af inledningen och är därför icke sällan utelemnadt i den korta journalen, som endast undantagsvis upptager symptomen vid patientens föregående vistelse å sjukhuset. Kvinnornas behandling efter partus har, såsom varande af mindre vikt i alla de fall, där äfven barnen haft syfilis, vanligen då ej blifvit omtalad. Tiden för kvinnornas inkomst å sjukhuset är noga angifven. I alla fall, där kvinnan intagits under hafvandeskapet och icke före partus är utskrifven, har hon,

med undantag af få fall, där förlossningen hastigt påkommit och därför försiggått å sjukhuset, alltid vid dess början blifvit förd till Allmänna Barnbördshuset, hvarifrån hon jämte barnet, därest ej abort inträffat eller fostret hastigt dött, återkommit till sjukhuset vanligen efter ungefär en vecka. Tiden för hennes återkomst är, för att undvika all vidlyftighet, oftast ej angifven. Vid abort, eller då barnet dött kort efter födelsen, hafva vi, såsom förut är omtaladt, i många fall fått tillfälle att undersöka fostrens kroppar, och gäller detta ej blott för sådana fall, där kvinnan inkommit från sjukhuset till barnbördshuset eller därstädes företett symptom af syfilis, utan äfven i flere fall, där den symptomfria kvinnan uppgifvit sig för kortare eller längre tid sedan hafva varit vårdad å sjukhuset för syfilis. Den behandlingsmetod, som blifvit använd för barnen, är införd, men i öfrigt hänvisas till det, som förut blifvit anfördt rörande barnens behandling. Slutligen vill jag nämna, att några namnförkortningar blifvit nytjade, nämligen S. H. för Sjukhuset, B. B. för Allmänna Barnbördshuset, S. B. B. för Södra Barnbördshuset samt B. H. för Allmänna Barnhuset.

Afdelning I.

Modern syfilitisk före konceptionen.

A. Barnen dödfödda.

Fall 1.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. **5-7** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 31 smörjningar och 2 år därefter 25 sublimatinjektioner à 1,5 cgr.; *under hafvandesk.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Ok. Fostret** i 7:e månaden.

Prostituerad. Abort kring 2 år efter infektionen. Sannolikt sedan denna tid symptomfri. Fick å BB ett macereradt foster d. 1/12 1889. I fosterkroppen kunde inga patologiska förändringar upptäckas. Placenta företer en betydlig atrofi å en del af randen. Två à tre cm. utanför detta parti 2 omkring 5-örestora, kokardlika kotyledoner; mellanliggande del vanligen så tunn, att hinnorna synas ligga inpå hvarandra, men mikroskopet visar öfveralt rest af placentarväfnad. Flere infarkter längs placentas rand. Dess massa något tunn och blodfattig men lucker. Nafvelsträngens kärl utan anmärkning.

Fall 2.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. **2-3** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 3 1/3 gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Nej. Fostret** i 8:e månaden.

Förstföderska. Nu symptomfri. Fick å BB ett dödt foster d. 11/2 1880. Placenta frisk. Hos fostret anträffades tämligen betydliga blodcoagula i hjärnans sidoventriklar, i vänstra lungans öfre lob flere mer än ärtstora, gråröda, från omgifningen ej skarpt begränsade härdar, liknande vanlig lobulär bronkopnevmoni, i flere ben ansenlig osteokondrit.

Fall 3.

Modern u. 21 år; **og.**; inf. **1-1** 1/2 år före konc. *Behandl.:* under året före konc. två gånger 6 thymolkvicksilfverinjektioner och kvicksilfverjodur (3,5 grm); *under hafvandesk.:* i 4:e månaden 30 smörjningar.

Smittad af **barnfadern? Nej. Fostret** i 7:e månaden.

Förstföderska. Flere gånger behandlad å SH för syfilis. Vid sista intagningen d. 12/4 1892 hafvande i början af 4:e månaden; var då symptomfri. Utgick d. 17/5 och födde i hemmet ett dödt foster.

Fall 4.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. 1/2-**1** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 5 calomelinjektioner och samma behandling kort

före konceptionen; *under hafvandesk.:* i 9:e månaden 4 calomelinjektioner.

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** **Fostret** i 9:e månaden.

Förstföderska. Vid sista inkomsten å SH d. 20/8 1888 hafvande i början af 9:e månaden: hade mukösa papler, papulös syfilid m. m. Fosterrörelser och fosterljud normala till d. 16/4. Samma dag sista injektionen. Vid middagstiden fosterljudet kraftigt, 138. På aftonen goda rörelser. Följande morgon svag rörelse, därefter ingen och inga fosterljud. Kvinnan, som fann sig väl, fick å BB d. 15/4 en fullgången men död flicka. Placenta kanske något tunn (1,6 cm), och dess substans något mindre blodrik än vanligt, men lucker och utan förändring; kärlen friska. Fosterkroppen 49 cm. lång, väl utvecklad, macererad. Inga makroskopiska förändringar; endast kan anmärkas, att thymus är betydligt större än vanligt, dess substans blek, homogen, tämligen fast till konsistensen; benen friska.

Fall 5.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. 1/2-**1** år före konc. *Behandl.:* under 3:e och 2:a månaden före konc. 2 calomelinjektioner och 2 gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.* **O.**

Smittad af **barnfadern?** **Ok.** **Fostret** i 8:e månaden.

Förstföderska. Fosterrörelsen kändes ej under 6 dagar före partus. Fick å BB den 22/8 1888 ett macereradt foster. Placenta 18 och 16 cm. i diameter, nära 3 cm. i tjocklek, stor och tung, blek, endast närmast chorion med en svag rödaktig färgning. Substansen tät, torr som vore den kokt. Nafvelsträngens kärl friska, hålla en mycket ringa kvantitet blod. Fosterkroppen 38 cm. lång. Starkt macererad. Ej obetydlig osteokondrit; i öfrigt utan förändring. Placenta företedde såväl makro- som mikroskopiskt en höggradig villös placentit.

Fall 6.

Modern 31-40 år; **g.;** inf. 1/2-**1** år före konc. *Behandl:* under året före konc. 3 gånger behandlad med inalles 80 smörjningar af läkare i staden; *under hafvandesk.:* i 7:e och 8:e månaden 4 thymolkvicksilfverinjektioner.

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** **Fostret** i 8:e månaden.

Förut 3 friska barn i äktenskapet. Smittad å ena bröstvårtan af fosterbarn. Mannen hitintils frisk. Vid inkomsten å SH d. 3/11 1890 mukösa papler och adenit. Fosterrörelser och fosterljud normala. Sista injektionen d. 30/11. D. 1/12 e. m. började rörelserna blifva svaga och upphörde d. 3.: modern ville dock hafva känt en svag rörelse den 6. och 8.; efter d. 4. kunde vi ej höra fosterljud. Fick å BB d. 9. ett macereradt foster. Placenta tämligen stor och tung, långsträckt 18 och 12 1/2 cm. i midten af kotyledonerna ända till 3 cm. i tjocklek, blodfattig, företer en allmän villös placentit, något mindre uttalad närmast chorion: nafvelsträngens kärl friska. Fosterkroppen 42 cm. lång: ringa osteokondrit; annars ingenting att anmärka.

Fall 7.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. 1/2-**1** år före konc. *Behandl.:* under 4:e och 3:e månaden före konc. 6 thymolkvicksilfverinjektioner; *under hafvandesk.:* i 7:e månaden å länets kurhus 6 smörjningar, då abort inträdde.

Smittad af **barnfadern?** **Ok.** **Fostret** i 7:e månaden.

Förstföderska. Aborterade å BB d. 30/10 1890. Placenta af vanlig storlek i öfrigt men något tunn, särskildt längs randen, hvaraf ett mindre parti är i hög grad atrofiskt. Spridda i kakan och merendels tangerande serotina funnos 9 infarkter af olika storlek och vanligen rundad form, af rödgrå till hvitgul färg och fast konsistens; placentamassan i öfrigt något mindre blodrik men lucker. Hinnor och kärl friska. Fosterkroppen macererad, utan makroskopiska förändringar. Den ovanliga, gula, nästan citrongula färgen i en del infarkter berodde på, att det villösa epiteliet fans kvar men var fettdegeneradt.

Fall 8.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. 1/2-**1** år före konc. *Behandl.*: vid första anfallet 1 thymolkvicksilfverinjektion och 35 smörjningar; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ok. Fostret** i 8-9:e månaden.

Före infektionen ett friskt, ännu lefvande barn. Fick å BB d. 6/5 1894 ett dödfödt foster; hade ej känt rörelser under de 9 sista dagarna. Placenta af vanlig storlek, något blek men lucker och utan andra förändringar än några små infarkter såväl vid serotina som chorion. Fosterkroppen utan tydliga förändringar. Modern symptomfri.

Fall 9.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. 1/2-**1** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 30 smörjningar; *under hafvandesk.:* i 3:e och 4:e månaden 21 smörjningar.

Smittad af **barnfadern? Ok. Fostret** i 4:e månaden.

Ett friskt barn före infektionen. Vid sista inkomsten å SH d. 31/7 1894 muköşa papler, roseol m. m. Fick d. 21/8 någon värk i ryggen och aborterade helt hastigt d. 22. Placenta väl utvecklad och till utseendet frisk, helt och hållet löst från serotina.

Fall 10.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. under 1/2 år före konc. *Behandl.:* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ja. Fostret** i 7:e månaden.

Före infektionen ett friskt barn, som nyligen blifvit smittadt af modern och med henne intogs å SH d. 15/7 1870. Kvinnan hafvande sedan januari, hade kort därefter fått utslag vid anus, hvilket sedan kvarstått. Vid inkomsten klen och svag, hade muköşa papler vid vulva och vid anus, adenit. Fosterrörelser då ordentliga. Fick d. 1/8 ett macereradt foster, som synes ej hafva blifvit närmare undersökt.

Fall 11.

Modern 21-30 år; **og.**: inf. under 1/2 år före konc. *Behandl.:* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ja. Fostret** i 7:e månaden.

Förstföderska. Inkom å SH d. 5/1 1871 kort efter älskaren, han med rest efter primäraffektion och roseol, hon med muköşa papler och adenit.

Fick endast lokal behandling och bad. Utgick och födde i hemmet den $^{24}/_{6}$ ett dödt foster, som enligt barnmorska skall hafva varit 6 månader gammalt.

Fall 12.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. under $^{1}/_{2}$ år före konc. *Behandl.:* före konc. **0**; *under hafvandesk.:* i 3:e och 4:e månaden 16 smörjningar; någon stomatit.

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** **Fostret** i 8:e-9:e månaden.

Barnmorska. Förut ett friskt, ännu lefvande barn. Enligt sin tro hafvande i början af maj 1871. Vid inkomsten d. $^{14}/_{6}$ enkla schankrar i vulva och öppen bubon i vänstra ljumsken. Inokulation från ett sår gaf positift resultat. Någon tydlig primäraffektion visade sig ej, men d. $^{23}/_{6}$ började en papulös syfilid uppkomma, sedan mukösa papler och angina papulosa. Fosterrörelser i början af september och sedan ordentliga. Natten mellan d. 1. och 2. jan. 1872 allmänt illamående och frossbrytningar samt då och då småvärkar. Den 2. hördes intet fosterljud. Fick d. 3. å BB ett dödt foster.

Fall 13.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. under $^{1}/_{2}$ år före konc. *Behandl.:* före konc. **0**; *under hafvandesk.:* i 7:e och 8:e månaden 39 smörjningar.

Smittad af **barnfadern.** **Ja.** **Fostret** i 8:e månaden.

Förstföderska. Vid inkomsten d. $^{23}/_{10}$ 1877 ymnig, miliär, papulös syfilid m. m. Haft utslag sedan februari. Antagligen hafvande i slutet af april. Fosterrörelser och fosterljud länge normala. De förra började i midten af december blifva svagare. Fosterljudet hördes rent och kraftigt d. $^{29}/_{12}$ 138—144. Kvinnan kände rörelser sista gång d. $^{1}/_{1}$ på aftonen och fick d. 3 ett dödt foster. Placenta företer en ojämn blodfördelning och några delvis affärgade blodcoagula. Alla nafvelsträngens kärl hafva i en utsträckning af 3 cm. från kakan en gulhvit färg å ytan ochförtjockade väggar samt äro mer eller mindre förträngda. Fosterkroppen, af 42 cm:s längd, visar en måttlig osteokondrit, annars ingen förändring.

Fall 14.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. under $^{1}/_{2}$ år före konc. *Behandl.:* kort före konc. nära 4 gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.:* i 5:e och 6:e månaden 5 calomelinjektioner.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Fostret** i 7:e-8:e månaden.

Förstföderska. Sista regleringen d. 10—12 december 1886. Vid sista inkomsten å S. H. d. $^{21}/_{4}$ 87 mukösa papler och papulös angina. Den $^{8}/_{5}$ började hon känna fosterrörelser. De höllo sig normala till början af juli, blefvo därefter alt svagare och upphörde d. 13. Fosterljudet förut normalt, undersöktes ej sista veckan. Abort å BB d. $^{20}/_{7}$. Placenta 12 och 15 cm., ganska tjock, företer en måttlig, villös placentit hufvudsakligen i öfre delarna och midten af kotyledonerna; substansen här blodfattig. Den ena nafvelsträngsarteren i en utsträckning af 3—4 cm. förträngd och dess vägg förtjockad, visande i genomsnittet 3 koncentriska lager af olika färg. Den andra arteren företer endast en gulhvit intima; så äfven venen, men här finnas 14—15 cm. uppåt flere mindre, diskreta, uppböjda, gulhvita fläckar. Fosterkroppen 37—38 cm. lång, företer en ansenlig osteokondrit i flere ben, annars inga tydliga förändringar.

Fall 15.

Modern 21-30 år; **g.**; inf. under 1/2 år före konc. *Behandl.:* kort före konc. pillerkur under 3—4 veckor af läkare i staden; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Fostret** i 7:e månaden.

För 3 år sedan medelst instrument förlöst från ett dödt barn. Vid inkomsten å SH d. 26/6 1891 angina papulosa, pigmentfläckar efter en papulös syfilid, ringa adenit. Hade ej känt fosterrörelser sedan d. 15/6, och fosterljud hördes ej. Aborterade å BB d. 11/7. Placenta, som vid undersökningen varit förvarad i sprit, visade inga tydliga förändringar.

Fall 16.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. under 1/2 år före konc. *Behandl.:* före konc. **0**; *under hafvandesk.:* i 5:e och 6:e månaden 35 smörjningar.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Fostret** i 7:e månaden.

För 4 år sedan ett friskt barn, dödt af »diarré» vid 5 månaders ålder. Sista regleringen d. 10 november 1891. Under julen utslag å armarna och därefter å genitalia. Vid inkomsten å SH d. 4/4 1892 muköse papler, roseol m. m. Fosterljud och fosterrörelser normala. Utgick före partus och fick något efter midten af maj ett dödt foster å S. BB.

Fall 17.

Modern u. 21 år; **og.**; inf. under 1/2 år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet och kort före konc. 35 smörjningar; *under hafvandesk.:* i 3:e och 4:e månaden 4 thymolkvicksilfverinjektioner.

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** **Fostret** i 4:e månaden.

Förstföderska. Vid sista inkomsten d. 30/3 1893 muköse papler å vulva och angina pap. Den 23/4, dagen efter sista injektionen, påkom en blödning från genitalia, som blef ganska ymnig. Den upprepades följande dag, och den 25 framfödde hon sitt lilla foster. Hon omtalade nu först, att dagen efter de tre första injektionerna en blodfärgad afsöndring från vagina visat sig men snart upphört. Placenta välbildad. Å dess öfre del intages ett större parti af ett blodcoagulum och är söndertrasadt genom blödningen.

Fall 18.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. under 1/2 år före konc. *Behandl.:* före konc. **0**; *under hafvandesk.:* i 2:a och 3:e månaden 32 smörjningar.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Fostret** i 6:e månaden.

Förstföderska. Sista regleringen i början af augusti 1893. I midten af september utslag å vulva, som altmera ökats. Vid inkomsten d. 11/10 muköse papler, roseol, angina, ringa adenit. Utgick före partus och aborterade i hemmet d. 20/1 94.

Fall 19.

Modern u. **21** år; **og.**; inf. under 1/2 år före konc. *Behandl.:* kort före konc. 6 thymolkvicksilfverinjektioner; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ok.** **Fostret** i 6:e månaden.

Förstföderska. Inkom d. 1/8 1890 med flere primäraffektioner å vulva och ljumskadenit. Den 4/4 erythema pap. å bål och armar. Efter 3:e injektionen tecken till lungemboli. Utgick symptomfri d. 10/5. Snart därefter gravida. Abort d. 10/11. Inkom d. 18/11 med muköa papler, roseol, leucoderma å halsen.

Fall 20.

Modern u. **21** år; **og.**; inf. under 1/2 år före konc. *Behandl.:* före konc. **0**; *under hafvandesk.:* 8 smörjningar, då partus påkom.

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** **Fostret** i 7:e månaden.

Förstföderska. Sista regleringen i början af maj 1895. Hon hade då sedan 2 veckor en sårnad å vulva. Under juni utslag vid anus och sedermera flera kroppsdelar. Vid inkomsten å SH d. 29/10 rest efter primäraffektioner, muköa papler, papulös syfilid i olika utvecklingsstadier, allmän adenit. Fosterrörelser och fosterljud normala, det senare dock vanligen något hastigt, 160. Det hördes sista gången d. 8/11, då kvinnan omtalade, att rörelserna voro svaga. Den 9. hördes det ej, men kvinnan påstår sig ännu d. 10. hafva känt en svag rörelse. Fick å BB natten till d. 12 ett macereradt foster. Placenta 20 och 16—17 cm., här och där nära 3 cm. i tjocklek, anemisk, företer en allmän villös placentit, dock mindre uttalad nära chorion. Flere större och mindre blodcoagula i massan. På flere ställen förtätning öfver chorion, här och där höjande sig upp i kakan i form af infarkter. Fosterkroppen 35—36 cm. lång, macererad, utan tydliga förändringar.

B. Barnen ofullgångna, svaga eller vid födelsen företeende symptom af syfilis.

Fall 21.

Modern **21-30** år; **og.**; inf. **2-3** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 2 1/2 gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.* **0.**
Smittad af **barnfadern?** **Ok.** **Barnet** utskr. dödt.

För 3 år sedan ett friskt barn. Smittad af ammbarn och då här vårdad. Fick d. 8/10 1870, antagligen å BB, ett ofullgånget, klent barn, som hade hudlösheter å fingrarna och under följande dagar fick blåsor å händer och fötter. Vid inkomsten å SH d. 20/10 modern symptomfri. Barnet svagt, med pemphigus å händer och fötter, missfärgning af ansiktets nedre del, snufva. — Ord. sublimatbad. — Utslaget försvann, men barnet föll altjämt, diade svagt, var dåsigt och fick anasarca å nedre extremiteterna. Afled d. 10/11. Vid obduktionen befans nafveln läkt, men där visade sig allmän peritonit och nefrit, hvarjämte påträffades några mindre, cystoida bildningar i thymus, som var af vanlig storlek och utseende i öfrigt.

Fall 22.

Modern 21-30 år; **g.**; inf. **2-3** år före konc. *Behandl.* **0.** Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnet** utskr. dödt.

Fick ett dödfödt barn i mars 1874 kort efter infektionen och behandlades då å SH med tonica, hade kronisk nefrit och var klen. Förlöstes d. $^{7}/_{1}$ 1876 från ett ofullgånget och svagt barn. Det diade modern och tog sig ej obetydligt. I början af andra månaden snufva och ojämn afföring, därefter utslag. Vid inkomsten d. $^{7}/_{3}$ 76 modern symptomfri; hade sin nefrit. Barnet någorlunda nutrieradt men litet, hade snufva, papulös syfilid och mjältförstoring. — Ord. hydr. c. creta. — Gick utför; hade konvulsiviska ryckningar i extremiteterna och ryggen; fick kutana och subkutana abscesser eller s. k. syphilis nodosa. Afled d. $^{30}/_{3}$. Vid obduktionen, frånsedt huden, bilateral bronkopnevmoni; mjältsvulst; ependymet i hjärnans sidoventriklar mjölkigt förtjockadt och deras bakre horn delvis oblitererade; främre fontanellen helt liten och hufvudskålens förbening längre hunnen än vanligt.

Fall 23.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. **2-3** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 3,5 gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.* **0.** Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnet** utskr. dödt.

För 7 år sedan ett friskt barn. Vid första anfallet af syfilis behandlad å SH; efter utskrifningen någon gång halsaffektion men annars inga misstänkta symptom. Fick d. $^{12}/_{8}$ 1885 å BB en fullgången gosse, som vid födelsen hade flere varfylda blåsor å händer och fötter. Han diade modern, bekom snart utslag i ansiktet och snufva. Vid inkomsten å SH d. $^{18}/_{9}$ modern symptomfri. Barnet tämligen väl närdt; ansiktet grådaskigt med skorpigt utslag å hakan; betydlig snufva och svårighet att dia; flere skorpbildningar å händer och fötter; en del naglar bortfallna, andra lösa; heshet. — ord. hydr. c. creta — Någon förbättring. Fick diarré, som förminskades, men barnet föll af och dog d. $^{5}/_{10}$. Vid obduktionen peritonit; ansvällning af flere peyerska fläckar och en del solitära körtlar i groftarmen likasom af flere mesenteriekörtlar; ringa osteokondrit.

Fall 24.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. **2-3** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet nära 3 gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.* **0.** Smittad af **barnfadern?** **Ok.** **Barnet** utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Här behandlad vid första anfallet af lues. Fick d. $^{20}/_{5}$ 1888 en ofullgången gosse, som diade modern och fostrade sig ganska bra. Den $^{27}/_{6}$ fick barnet snufva och heshet, hvarjämte märktes, att det ej rörde armarna. Vid inkomsten d. $^{21}/_{7}$ modern symptomfri. Barnet håller 46 cm. i längd och väger 3 kilo. Snufva, heshet, mjältförstoring och osteokondrit å flere ben. — Hydr. c. creta och empl. hydrarg. kring de sjuka benändarna. — Det lilla barnet hemtade sig och tog sig stadigt. Kvarblef länge och genomgick i början af 1889 en ny merkurialkur utan tydliga symptom. Utskrefs d. $^{8}/_{5}$ 89 väl närd och symptomfri utom någon mjältförstoring; vägde 8½ kg. Återkom d. $^{8}/_{9}$ samma år och hade då sedan någon tid mukösa papler vid anus. — Tannat. hydrarg. — Utskrefs symptomfri d. $^{2}/_{11}$. — Afled vid 3 års ålder af miliartuberkulos.

Fall 25.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. 2-3 år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 8 thymolkvicksilfverinjektioner och 6 månader före sista konc. 35 smörjningar; *under hafvandesk.:* jodkalium.

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** **Barnet** utskr. dödt.

För 7 år sedan ett friskt ännu lefvande barn. Vårdad å SH två gånger för syfilis, sist d. 19/11 91—23/1 92 för periostit å bägge tibiæ och ett sår å högra underbenet. Inkom d. 19/1 1893 med ett större, ytligt sår å samma ställe och rest af periostiten. Hafvande sedan juli. Fosterrörelser och fosterljud utan anmärkning. Den 20/2 började vattnet att afgå utan tydliga värkar. Den 22 fick hon å BB en ofullgången gosse i asfyktiskt tillstånd och snart död. Placenta af vanlig storlek, något tunn mot ränderna; substansen frisk med frånseende af ett par små infarkter; likaså kärl och hinnor. Vid obduktionen fans en betydlig blodrikedom i mjälte och lefver likasom hjärnan och dess hinnor; talrika eckymoser i pericranium ex. et int.

Fall 26.

Modern 31-40 år; **g.**; inf. 1 1/2-2 år före konc. *Behandl.:* 4-5 månader efter infektionen 32 smörjningar; *under hafvandesk.* **O.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** **Barnet** utskr. dödt.

Ett friskt barn före infektionen. Smittad af ammbarn och då vårdad å S. H. Gifte sig 1/2 år därefter. Abort i 7 månaden. Åter hafvande födde hon d. 5/11 1872 ett nära fullgånget men litet och klent barn, som hade varblåsor å händer och fötter. Dessa intorkade, men en papulös syfilid uppkom snart, och barnet föll alt mer. Afled i hemmet d. 5/12, kort efter ett konvulsiviskt anfall. Jag såg barnet först dagen före dess död.

Fall 27.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. 1 1/2-2 år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 37 smörjningar; *under hafvandesk.* **O.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** **Barnet** utskr. dödt.

Tre år före infektionen ett fullgånget barn, som snart afled. Smittad under hafvandeskap 1873 och då här vårdad (se afd. III 80). Nu åter hafvande med en annan man. Vid inkomsten d. 9/11 1875 hade modern endast en muköς papel å insidan af underläppen och behandlades lokalt. Fosterrörelser mera svaga; fosterljud normalt, vanligen 138—144. Fick å BB den 2/2 1876 en ofullgången och klen gosse. Placenta utan anmärkning. Vid återkomsten till SH d. 8/2 var barnet svagt och atrofiskt, diade med svårighet. Föll alt mer och dog d. 18. Vid obduktionen nafveln ej fullt läkt, men ingen makroskopisk förändring i umbilikalkärlen eller i peritoneum. Mjälten betydligt förstorad; metastatiska abscesser i lungor och njurar; perikardit med rikligt fibrinöst exsudat.

Fall 28.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. 1 1/2-2 år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 2 1/2 gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.* **O.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnet** utskr. dödt.

Konkubin. Förut två friska barn. Smittad under hafvandeskap och kort efter partus här vårdad (afd. III 34). Åter hafvande fick hon å S BB d. 29/7 88 en fullgången men svag flicka. Vid inkomsten å S. H. d. 6/8 modern symptomfri, men blek och nästan utan mjölk. Det klena barnet hade pemphigus i olika utvecklingsstadier å händer och fötter samt slemmig, stinkande afföring. — Calomel invärtes och sublimatbad. — Snufva och flytning ur ena örat tillkom. Afled d. 24/8. Vid obduktionen befunnos en del peyerska fläckar och solitära körtlar i tarmkanalen ansvälda; mjälten föga förstorad men med en fibrinös beläggning å en del af ytan; betydlig atelektas i lungorna; ingen tydlig förändring å benen.

Fall 29.

Modern u. 21 år; **og.;** inf. **1-1**1/2 år före konc. *Behandl.* **0.**
Smittad af **barnfadern? Nej. Barnet** utskr. dödt.

Förstföderska. Vid första anfallet af syfilis behandlad å S. H. men endast med lokala medel och bad. Fick d. 23/5 1879 en fullgången gosse, som tycktes vara frisk i öfrigt men hade en blåsbildning å vänstra stortån. På tredje dygnet flere blåsor å händer, fötter och underben. Fick snart snufva och ojämn afföring. Vid inkomsten d. 10/6 var modern symptomfri, barnet ytterst klent, diade med svårighet. Hela nedre delen af ansiktet brungrått, lätt fjällande, snufva. Talrika blåsbildningar å nämnda ställen, friska och intorkande jämte skorpor och hudlösheter. Sjönk altmera. Subkutana abscesser. Afled d. 17/6. Vid obduktionen vänstersidig plevropnevmoni och ringa högersidig plevrit; i öfrigt, frånsedt huden, ingenting att anmärka.

Fall 30.

Modern u. 21 år; **og.;** inf. **1-1**1/2 år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 30 smörjningar; *under hafvandesk.* **0.**
Smittad af **barnfadern? Ja. Barnet** utskr. dödt.

Förstföderska. Här vårdad för första anfallet af syfilis. Åter hafvande fick hon i hemmet d. 15/3 1880 en ofullgången gosse, som diade modern men höll sig svag. Vid inkomsten d. 26/5 modern symptomfri. Barnet klent och oroligt, hade snufva och ojämn afföring. Efter någon tid gafs hydr. c. creta, hvaraf förbättring följde, men nutritionen var dålig och tecken på hydrocephalus uppträdde i slutet af juli. Utskrefs på moderns bestämda begäran d. 30/8, men intogs åter d. 30/10 i ett eländigt tillstånd med tecken till ökadt intrakranielt tryck, papulös syfilid, stor mjälte och tarmkatarr. Fick till en början oljeemulsion m. m., sedan hydr. c. creta. Förbättrades efter någon tid men höll sig fortfarande klen och mager. Framemot jul började hufvudets omfång förminskas, men barnet blef härunder dåsigt, respirationen var något ansträngd, och han diade särdeles långsamt. Den 6/1 81 påkom ett kortvarigt anfall, då hufvudet drogs bakåt och ansiktet blef blåaktigt. Ökad apati och respirationssvårighet. Afled d. 14/1. Vid obduktionen befans ependymet i hjärnans sidoventriklar förtjockadt och närmaste partiet af hjärnans hvita substans hård för känseln och fast till konsistensen, det högra bakre hornet fullständigt, det vänstra nära oblitereradt; mjälten betydligt förstorad. I öfrigt inga tydliga makroskopiska förändringar.

Fall 31.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. **1-1**1/2 år före konc. *Behandl.:* vid **första anfallet 30 sublimatinjektioner à 1,5 gr. och 3 månader därefter 25 dylika injektioner;** *under hafvandesk.* **0.**
Smittad af **barnfadern? Ok. Barnet** utskr. dödt.

Förstföderska. Vårdad å SH två gånger för syfilis. Inkom i hafvandeskapets 9:e månad d. 4/12 1885 och hade då endast obetydliga exkoriationer å vulva. Fick d. 19/12 å BB. en liten och klen flicka. Vid återkomsten till S. H. d. 28 var barnet svagt, gulblekt och hade pemphigus å händer och fötter. — Hydr. c. creta. — Afled d. 30/1 86. Vid obduktionen visar sig hufvudskålen vida mera förbenad än normalt, främre fontanellen helt liten. I högra främre hjärnlobens hvita substans nära 3 cm. från spetsen och något närmare öfre än undre ytan finnes en nötstor håla, fyld af ett äldre löst blodcoagulum och en rostbrun vätska. Hålans vägg beklädd med en tunn, här och där felande, något luddig membran; omgifvande hjärnmassa fast. Hjärnans hvita substans i allmänhet lätt rosafärgad, den grå blek. Mjälten förstorad. Allmän interstitiel hepatit. I thymus, som är föga om något förstorad, finnas 4, knapt ärtstora ihåligheter med ett tunnflytande, mjölkigt innehåll och jämna, glatta väggar. Körtelsubstansen blek utan förändring.

Fall 32.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. 1/2-**1** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 3,6 gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnet** utskr. dödt.

Förstföderska. Vårdad å SH för första anfallet af lues. Inkom i slutet af 8:e hafvandeskapsmånaden d. 3/4 1873. Hade endast en kataral angina. Fosterrörelser och fosterljud normala, de senare något långsamma. Den 16 starka rörelser under en halftimme, sedan svaga, upphörde d. 17. Fosterljud hördes d. 18, nu något hastigare, 156. Fick samma dag ett litet atrofiskt barn med torr rynkig hud, hvilket ej kunde dia. Pulsen nästan okänbar, hjärtverksamheten jämn, 126 (som vid inkomsten in utero). Den 21 uppträdde talrika men korta, konvulsiviska anfall med i inspirationsställning suspenderad respiration och stundom trismus med skum för den framskjutna munnen. Den 22 iakttogs pares i vänstra ansiktshalfvan, tydlig vid barnets skrik, och vänstra armen. Ur barnets mun framkom något litet af en svartaktig massa, som ej tillvaratogs. Afled samma dag. Vid obduktionen ej obetydlig diastas af hufvudskålens ben; vindlarna å hjärnans öfre yta tillplattade. Sidoventriklarna utspända af ett stort blodcoagulum, som sträcker sig ned i 3:e och 4:e ventrikeln; närmaste del af de förras väggar sönderslitna genom blödningen; i bakre delen af högra corpus striatum en bönstor af ett blodcoagulum fyld håla. Gastromalacia nigra. Mjälten ej förstorad och i öfrigt ingen makroskopisk förändring i barnets kropp.

Placenta något tunn i allmänhet och ett större randparti atrofiskt. Substansen företer en ojämn blodhalt men är lucker. Alla nafvelsträngens kärl i närheten af kakan förändrade; den ena arteren på en helt kort sträcka betydligt förträngd och fyld af en fast tromb; dess grenar å kakan starkt kontraherade, en del af dem gå till det atrofiska partiet.

Fall 33.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. under 1/2 år före konc. *Behandl.:* kort före konc. 35 smörjningar; *under hafvandesk.:* i 7:e och 8:e månaden 6 thymolkvicksilfverinjektioner.

Smittad af **barnfadern? Nej. Barnet** utskr. dödt.

Förstföderska. Vid sista inkomsten d. 19/10 1893 gravida i 7:e månaden. Hade muköss papler, roseol m. m. Fosterrörelser och fosterljud utan anmärkning. Fick å BB d. 3/12 en ofullgången och klen flicka. Modern hade föga mjölk, och barnet kunde ej suga ordentligt ur flaskan. Låg mest i dvala och afled den 19. Vid obduktionen fans en betydlig blodrikedom i hjärnan och dess hinnor, likasom i lefver och mjälte, men inga tydliga patologiska förändringar.

C. Barnen fullgångna eller nära fullgångna och vid födelsen symptomfria, under observationstiden syfilitiska.

Fall 34.

Modern 42 år; **g.;** inf. öfver **10** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 30 smörjningar och några månader därefter 17 smörjningar; *under hafvandesk.* **O.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. förbättradt.

Smittad våren 1879 samtidigt med konceptionen och då här vårdad (afd. II 38). Behandlad två gånger under hafvandeskapet. Barnet symptomfritt under observationstiden (öfver 3 månader). Ny förbindelse med en frisk man, med hvilken hon gifte sig. Abort 1882 och 1884, därefter friska ännu lefvande barn 1886 och 1888. Enka 1890; snart konkubin och sedan hustru till en frisk man. I maj 1891 ett fullgånget barn, som var friskt i 3 månader men då fick en tarmsjukdom, hvaraf det snart dog. Under 1893 fullgånget barn, som i andra månaden blef klent och var ständigt sjukligt samt förklarades af läkare hafva vatten i hufvudet; afled vid 19 månaders ålder. Åter hafvande fick hon den $^{19}/_{12}$ 1895 en fullgången gosse, som diade modern och till en början artade sig väl. I 8:e veckan började barnet blifva oroligt, fick snufva och ojämn afföring, snart därefter brunaktiga fläckar i ansiktet, efter hand öfver en stor del af kroppen. Vid inkomsten å SH d. $^{10}/_{8}$ 1896 är modern fri från alla sjukdomssymptomer utom ett ringa kliande eczem å underbenen och vill ej hafva haft tecken till syfilis sedan förra härvaron; har tillräcklig mjölk. Barnet ej illa nutrieradt, men utseendet kakektiskt. Stark snufva. Talrika låga, lentikulära, lätt fjällande, brungrå papler i ansiktet mest pannan, ett rikligt fläckigt, lätt pigmenteradt utslag å största delen af kroppen, här och där höjande sig till låga men tydliga papler, dels lätt fjällande dels utan fjällning. Lösa, gröna, slemmiga öppningar. Mjälten betydligt förstorad. Ringa albuminuri. — Ord. hydr. c. creta. — Förbättring af utslaget, men fall i vikt. Den $^{27}/_{8}$ Hemorragisk nefrit med talrika korniga tubularafgjutningar och sönderfalllande epitel i urinen. Upphörde med kvicks., som återtogs d. $^{18}/_{4}$, sedan njurblödningen upphört. Barnet tålte nu medlet väl. Stadig om också långsam förbättring. Utskrefs d. $^{4}/_{7}$ i öfrigt symptomfritt och tämligen väl nutrieradt men blekt, och mjälten ännu tämligen stor.

Fall 35.

Modern 31-40 år; **og.;** inf. **7-10** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 24 smörjningar (stomatit); *under hafvandesk.* **O.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. förbättradt.

Friskt barn 1869. Smittad under hafvandeskap 1870. Syfilitiska barn 1870 och 1873, bägge här vårdade (afd. III 94 och här nedan 52). Fick å S BB d. $^{2}/_{7}$ 1878 en fullgången men något klen flicka, som diade modern. I 7:e veckan oro, snufva och utslag. Vid inkomsten å SH d. $^{31}/_{8}$ modern symptomfri. Barnet någorlunda nutrieradt, oroligt. Snufva, missfärgning kring munnen och läpparna torra; talrika, låga, delvis fjällande papler å ben och underarmar; ojämn öppning; adenit i ljumskarna. — Hydrarg. c. creta. — Förbättrades efter hand och utskrefs symptomfri d. $^{14}/_{11}$. Återkom d. $^{20}/_{12}$ med ragader i munvinklarna och tecken till hydrocephalus (något stor,

spänd och pulserande främre fontanell, ansenlig veninjektion kring densamma och framåt pannan, samt uppstående frontalben). — Hydrarg. c. creta. — Suppurerande adenit vid ena käkvinkeln. Utskrefs på moderns begäran den 1/4 79, förbättrad. Veninjektionen å hufvudet minskad, men tecken till intrakranielt tryck kvarstodo ännu. Olika fäder till barnen.

Fall 36.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. **7-10** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet ringa behandling med calomel invärtes; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. förbättradt.

Två barn före infektionen. Smittad 1871 och snart här behandlad. Ett barn 1876, som i det hela varit friskt men nu sedan 3 veckor har utslag vid anus. Ett barn 1879, som hade ett blåsformigt utslag vid födelsen och ständigt hållit sig klent, samt behandlats af läkare med smörjkur och piller. Kvinnan inkom å S. H. d. 26/1 1881, var då hafvande i 5:e månaden, af kraftig kroppskonstitution och symptomfri. Fick å BB d. 2/6 en fullgången men något klen flicka, som diade modern. Visade redan i första månaden symptom af syfilis i form af snufva, papulös syfilid och onychi. — Hydr. c. creta. — Utskrefs förbättrad d. 15/9, men skall hafva dödt snart därefter. Vid inkomsten hade modern med sig de två ofvan nämnda barnen, flickor, af hvilka den äldre var välbildad och af friskt utseende, men hade typiska muköss papler vid anus och roseol å bålen, medan den yngre var klent utvecklad med stor buk, ansväld mjälte och rakitiskt cranium samt dålig tandbildning. Den äldre flickan var sannolikt smittad några månader förut af sin syster. Olika fäder till barnen.

Fall 37.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. **7-10** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet rök-kur i N. snart efter partus; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Smittad 1874 och antagligen under senare delen af hafvandeskapet. Snart därefter ett ofullgånget barn, som afled på 13:e dygnet. Ofullgångna macererade foster 1875 eller 1876 samt 1877. Fick å BB d. 29/8 1882 en fullgången och frisk flicka, som uppföddes med flaska. Fostrade sig ej väl, och i andra månaden uppkommo utslag å flere kroppsdelar. Vid inkomsten d. 28/10 modern symptomfri. Barnet magert, kakektiskt, med snufva och skorpigt utslag i pannan, talrika större och mindre subkutana abscesser å höfter och ben, något förstorad mjälte, heshet, hosta och försvårad respiration. — Afled d. 5/11. Vid obduktionen lemningar efter de öppnade, delvis stora abscesserna, dubbelsidig bronkopnevmoni, mjälten något men föga förstorad. Samme fader till de tre första barnen. Det sista barnets syfilis kanske tvifvelaktig.

Fall 38.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. **5-7** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 32 sublimatinjektioner à 1,5 cgr.; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 3:e månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Här vårdad vid första anfallet. Fick i midten af oktober 1o90 en fullgången flicka, som fostrade sig väl, men i 9-10:e veckan fick utslag. Vid inkomsten d. 13/1 modern symptomfri. Barnet tämligen väl nutrieradt, hade snufva och papulös syfilid. Ord. thym.-kv.-inj:r à 2 cgr. Utskrefs symptomfri men intogs åter d. 18/8 med mukösa papler, papulös syfilid och angina papulosa. Ord. smörjkur. Utskrefs d. 19/9. Sista gången hade modern grupperade papler å vänstra underarmen.

Fall 39.

Modern **21-30** år; **og.**; inf. **5-7** år före konc. *Behandl.:* några månader efter sjukdomens början i O. injektioner hvarannan dag, osäkert huru många; *under hafvandesk.:* jodkalium å annat sjukhus.

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. symptomfritt.

Tre år efter infektionen abort i 7:e månaden. Förut symptomfri under flere år fick hon i 3;e månaden af sista hafvandeskapet utslag och sår å vänstra underbenet. Fick å BB d. 19/4 1891 en fullgången gosse. Vid inkomsten å SH d. 20/4 företer modern å vänstra underbenets midt talrika tättstående, mer eller mindre pigmenterade, ytligare och djupare ärr efter ett utslag, som efter all sannolikhet bestått af hudgummata. Barnet väl närdt och till utseendet friskt. I 4:e veckan kontraktur i höftlederna, psevdoparalysi i högra armen med ansvällning å radii och humeri nedre ändar, äfven vänstra armen slapp och föga rörlig men ingen tydlig uppdrifning å benen; mjältsvulst; hydrocele sin. — Smörjkur. — Alla symptom försvunno utom mjältansvällningen, som kvarstod vid utskrifningen d. 29/7.

Fall 40.

Modern **31-40** år; **og.**; inf. **5-7** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 3 gr. kvicksilfverjodur och 3 år därefter något mindre; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. symptomfritt.

Smittad 1885 och då här vårdad. Konkubin sedan 1889 till en frisk man. Abort i maj 1891. Fick å BB d. 25/4 92 en fullgången gosse, som diade modern och till en början fostrade sig väl. I 4:e veckan utslag i ansiktet. Vid inkomsten å SH d. 3/6 modern symptomfri. Det tämligen väl nutrierade barnet hade en betydlig missfärgning kring munnen med blödande läppar, papulös syfilid och mjältsvulst. — Tann. hydrarg. — Osteokondrit å vänstra radius. Utskrifven d. 3/8.

Fall 41.

Modern **31-40** år; **og.**; inf. **5-7** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 1 calomelinjektion och 1/2 gr. kvicksilfverjodur, då partus påkom; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. symptomfritt.

Smittad 1888 under hafvandeskap och då vårdad å SH (se afd. III 162). Vill sedan ej hafva haft symptom af syfilis. Åter hafvande med en annan och efter hennes tro frisk man fick hon å S BB d. 15/1 1894 en fullgången och väl utvecklad gosse, som diade modern och fostrade sig väl, till dess han i 5:e veckan blef orolig och fick utslag först vid anus, sedan å andra kroppsdelar. Härtill kom snart en förlamning i armarna och antagligen ömhet, enär han skrek, då hon fattade uti dem. Barnet fick bad och efter två veckor började han röra armarna. Vid inkomsten d. 7/8 modern symptomfri. Barnet ganska väl närdt, men slapt och gråblekt, någon snufva. Ett ymnigt utslag å bål och extremiteter af dels låga ofta lätt fjällande papler och lätt pigmenterade fläckar, en del fjällande; flere ytliga sårnader kring anus; mjälten betydligt förstorad. — Hydr. c. creta. — Utskrefs d. 28/4. Intogs åter d. 26/8 blekt och slapt med snufva, stor mjälte och lungkatarr. — Hydr. c. creta. — Tog sig ganska bra och utskrefs d. 27/10.

Fall 42.

Modern **21-30** år; **og.**; inf. **4-5** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet och kort efter partus i H. pillerkur; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 3:e månaden; utskr. symptomfritt.

Antagligen smittad under hafvandeskap 1866: abort. Fick d. 27/7 1870 en fullgången gosse, som diade modern. I 9-10 veckan utslag först å hakan, sedan å andra kroppsdelar och snufva. Vid inkomsten d. 27/11 modern symptomfri. Barnet väl nutrieradt men skrikigt och oroligt, har snufva, papler å hakan, mukös papel i ena mungipan, fläckigt, lätt pigmenteradt utslag å underbenen med en eller annan inblandad låg papel, mukösa papler i knävecken, adenit i ljumskar och hals. — Hydr. c. creta. — Utskrefs på moderns begäran d. 21/12 och fick fortsätta med behandlingen.

Fall 43.

Modern **21-30** år; **g.**; inf. **4-5** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet smörjkur och därefter piller af d:r S.; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

Smittad 1875 under första hafvandeskapet af mannen, som här vårdades. Abort i 7:e månaden. Barnet n:r 2 födt 1877, fullgånget men klent, blödde ur nafveln och dog på 15:e dygnet. N:r 3 född 1878, fullgånget och svagt, dog likaledes genom förblödning ur nafveln men på 6:e dygnet. Läkare sökte i bägge fallen stilla blödningen men förgäfves. Åter hafvande fick hon d. 15/1 1880 en fullgången och kraftig flicka, som diade modern. I 7:e veckan oro, snufva och utslag. Behandlad polikliniskt från d. 10/3, var ganska väl närdt, men blekt, hade snufva och fjällande fläckar å händernas och fötternas insidor. — Smörjkur. — Symptomfri.

Fall 44.

Modern **31-40** år; **g.**; inf. **4-5** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 35 smörjningar; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. dödt.

Två friska barn före infektionen. Smittad 1875 och då här vårdad. Ett barn 1877, ofullgånget, dog på 3:e dagen. Gift 1878 och mannen frisk. Ett barn 1879, som var fullgånget och fostrade sig väl med afled hastigt vid 3 månaders ålder af »tandslag». Fick å BB d. 19/12 1880 en fullgången och kraftig gosse, som diade modern. I 4:e veckan utslag i ansiktet och snart annorstädes. Vid inkomsten d. 31/1 1881 modern symptomfri. Barnet eländigt med missfärgadt ansikte; riklig papulös syfilid å armar och ben i olika utvecklingsstadier, fjällande och skorpbelagd; händer och fötter fjällande å insidorna; snufva och något förstorad mjälte. — Hydrarg. c. creta. — Förbättring, men barnet fick en betydlig phlegmone å vänstra armen och afled d. 15/2. Vid obduktionen, förutom inflammationen i armen, ringa mjältsvulst och osteokondrit.

Fall 45.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. 4-5 år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet smörjkur i B.; *under hafvandesk.* **O.**
Smittad af **barnfadern? Nej.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Konkubin till en enligt hennes tro frisk man. Födde å BB d. 27/8 1882 en fullgången flicka, som diade modern. Barnet fick snart snufva och i 3:e veckan utslag, som altmera ökats, nyligen förlamning i armarna. Vid inkomsten d. 10/10 modern symptomfri. Barnet tämligen väl närdt. En stor del af ansiktet brungrått med fjällande papler och fläckar, torra, spruckna läppar, talrika fjällande papler å armar och ben, sparsammare å bålen, betydligt förstorad mjälte. Barnets armar ligga orörliga utåt sidorna, underarmarnas undre ändar ansvälda. — Ord. hydrarg. c. creta. — Förbättring. Den 20 kunde armarna upplyftas och svullnaden var minskad. Den 27 fick barnet någon svårighet att respirera, hastig och svag puls, någon ägghvita i urinen. Den 31 öppnades en tämligen stor abscess å högra lårets utsida. Andnöden minskades något genom bruk af ånginandning men fortfor, och barnet afled d. 2/11. Vid obduktion fans bronkopnevmoni i högra lungans bakre delar. Alla stämband i luftstrupens främre delar svälda, vulstiga; vid deras främre fäste finnes en mindre men djup sårnad, i hvars botten den blottade spetsen af epiglottis visar sig. Mjälten ej obetydligt förstorad.

Fall 46.

Modern 31-40 år; **g.**; inf 4-5 år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet pillerkur af d:r L.; *under hafvandesk.* **O.**
Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Fem barn i äktenskapet. N:r 1 (före infektionen) afled vid 3 månaders ålder af akut lungsjukdom. Smittad af mannen 1886. Barnet n:r 2 dödfödt 1888. N:r 3 från 1889 ständigt friskt, afled hastigt af barnkolera vid 14 månaders ålder. N:r 4 från 1890, alltid frisk, lefver. Åter hafvande fick hon d. 17/8 1892 en fullgången och kraftig gosse, som uppföddes med flaska och fostrade sig väl under en månad men därefter blef orolig och fick utslag. Vid inkomsten den 5/10 1892 modern symptomfri. Barnet väl närdt, hade snufva, missfärgning kring munnen med torra blödande läppar, ett rikligt utslag å bål och extremiteter af rundade, svagt gråbruna, ej fjällande fläckar, mjältsvulst. — Ord. tann. hydrarg. — Förbättring. Gastroenterit. Afled d. 3/12. Vid obduktionen gastromalacia nigra, ansvällning af peyerska och solitära körtlar i tarmkanalen likasom en del mesenterialkörtlar, hemorragiska härdar i lungorna, oedema glottidis, förstorad mjälte.

Fall 47.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. 3-4 år före konc. *Behandl.*: vid första anfallet nära 3 gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.* **O.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

Två år efter infektionen fullgånget men svagt barn, som fick utslag i kroppen och dog vid en månads ålder. Fick d. 3/5 1889 en något liten men fullgången och till utseendet frisk flicka, som fostrade sig väl till slutet af andra månaden, då hon fick utslag vid anus, som sedan kvarstått. Vid inkomsten d. 16/9 modern symptomfri. Barnet väl närdt hade stora delvis exulcererande papler vid anus, i ljumskar och några lårverk, någon adenit i ljumskar och hals — Tann. hydrarg. — Snar förbättring. Utskrefs d. 2/11.

Fall 48.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. 3-4 år före konc. *Behandl.*: vid första anfallet 6 thymolkvicksilfverinjektioner; samma behandling å sjukhusets poliklinik hösten 1891 och under 1893; *under hafvandesk.* **O.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 3:e månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Smittad i slutet af 1890 och snart här vårdad. Sista regleringen i febr. 1894; fick d. 17/11 en fullgången och väl utvecklad flicka, som ammades af fostermoder. I slutet af januari oro, snufva och utslag vid anus. Uppvisades å sjukhusets poliklinik, där syfilis misstänktes och vidare amning afråddes. Vid inkomsten d. 6/3 95 modern symptomfri. Barnet väl närdt. Oro, snufva, heshet, fjällande nummulära papler vid näsflyglarna, fjällande fläckar å händer och fötter, förstorad mjälte. — Ord. hydr. c. creta. — I början af april abscederande adenit vid vänstra käkvinkeln. Artade sig i öfrigt väl och utskrefs d. 13/5. Inkom åter d. 7/11 med fostermodern, som blifvit smittad å ena bröstvårtan. Barnet vackert och ganska frodigt hade ragader i munvinklarna, snufva, och mjälten ännu något förstorad. — Ord. hydr. c. creta. — Utskrefs d. 11/12.

Fall 49.

Modern 31-40 år; **g.**; inf. 2-3 år före konc. *Behandl.*: under år 1867 3 gånger vårdad för lindriga secundaria med inalles 15 smörjningar och 5 gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.* **O.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Smittad 1866 före äktenskapet, och mannen enligt hennes tro frisk. Hafvande fick hon i 4-5 månaden utslag å ena skuldran, som försvann, sedan hon erhållit jodkalium. Födde d. 21/9 1869 en fullgången flicka, som diade modern, efter en vecka fick snufva och ojämn afföring samt i 4:e veckan utslag. Vid inkomsten d. 23/11 modern symptomfri, barnet magert, med snufva och riklig papulös syfilid. Ord. hydr. c. creta. Snar förbättring. Utskrefs d. 3/1 70. Återkom d. 19/2 med liknande symptom, fick smörjkur och utskrefs d. 4/6.

Fall 50.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. 2-3 år före konc. *Behandl.*: vid första anfallet 2 gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.* **O.**

Smittad af **barnfadern?** **Ok.** Symptom hos **barnet** i 3:e månaden; utskr. dödt.

Två år före infektionen ett friskt, ännu lefvande barn. Smittad 1867. Missfall i 3:e månaden sommaren 1869. Åter hafvande inkom hon i 8:e månaden d. $^{18}/_{6}$ 1870 symptomfri. Fick å BB d. $^{23}/_{7}$ en fullgången gosse, som uppföddes artificielt, höll sig klen och hade ojämn afföring. I början af 3:e månaden papulös syfilid och mjältsvulst. Ord. smörjkur. Förbättring. Fick bronkit och afled d. $^{2}/_{1}$ 71. Vid obduktionen kapillär bronkit, ansväld mjälte med förtjockad kapsel, osteokondrit.

Fall 51.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. **2-3** år före konc. *Behandl.*: vid första anfallet kvicksilfverjodur i ringa kvantitet; *under hafvandesk.* **O.**

Smittad af **barnfadern?** **Ok.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Smittad 1868. Fick d. $^{3}/_{4}$ 71 en fullgången och väl utvecklad flicka, som snart fick någon snufva, men fostrade sig väl till 6:e-7:e veckan, då utslag uppkom vid anus, sedan å andra kroppsdelar. Vid inkomsten d. $^{1}/_{8}$ modern symptomfri. Barnet uselt med snufva, missfärgadt ansikte, ragader i munvinklarna, vätskande papler vid anus och å låren, fjällande å armarna, abscederande adenit å halsen. Ord. sublimatbad. Afled d. $^{16}/_{8}$. Vid obduktionen interstitiel hepatit, mjälten föga om något förstorad, nefrit, lungkatarr.

Fall 52.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. **2-3** år före konc. *Behandl.*: vid första anfallet 24 smörjningar; *under hafvandesk.* **O.**

Smittad af **barnfadern?** **Ok.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Friskt barn 1869. Smittad under hafvandeskap 1870 och då här vårdad (afd. III, 94). Födde d. $^{23}/_{5}$ 73 å BB en fullgången gosse, som diade modern och efter ett par veckor fick snufva och ojämn afföring. Den $^{26}/_{6}$ utslag å händer och fötter, följande dag i ansikte och anus. Vid inkomsten d. $^{30}/_{6}$ modern symptomfri, såvida ej dit skall räknas obetydlig adenit i ljumskar och hals. Barnet magert och klent, svagt kvidande med betydlig snufva och försvårad respiration, ett allmänt ytterst rikligt, gråbrunt, mest makulöst men på många ställen låga papler bildande, här och där skorpigt utslag, en ytlig och luddig sårnad å hårda gommen, betydlig mjältförstoring; diar med svårighet, och modern har ringa mjölktillgång. — Ord. hydrarg. c. creta och sublimatbad. Under natten till d. $^{5}/_{7}$ 5 konvulsiviska anfall; afled på morgonen. Vid obduktion iakttogs hjärnanemi; lefvern stor och tung, fästad vid bukvägg och diaphragma genom ett tunt, klibbigt exsudat, interstitiel hepatit af växlande grad i olika delar af organet; mjälten förstorad, beklädd med en lös psevdomembran; dubbelsidig bronkopnevmoni.

Fall 53.

Modern 21-30 år; **g.**; inf. **2-3** år före konc. *Behandl.*: vid första anfallet 19 smörjningar, då partus påkom; *under hafvandesk.* **O.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Smittad före äktenskapet och under hafvandeskap 1874 samt då här vårdad jämte tvillingar, som snart afledo (afd. III 43). Mannen skall hafva gått fri från infektion. Fick d. 12/10 77 en fullgången och kraftig flicka, som diade modern, fostrade sig bra under en månad, men fick därefter snufva och utslag samt föll af. Behandlades af läkare och förbättrades men försämrades åter. Vid inkomsten d. 6/4 1878 modern symptomfri och kraftig men med ringa mjölk. Barnet klent med missfärgadt ansikte, gapande mun och spruckna läppar, å armar och ben ett dels papulöst, dels makulöst, här och där lätt fjällande utslag, talrika figurerade sårnader kring anus, flere subkutana och kutana abscesser af olika storlek å nedre extremiteterna; heshet. — Hydr. c. creta. Föll altmer och dog d. 15/4. Vid obduktionen träffades en ej obetydlig, mjölkig förtjockning af ependymet i hjärnans sidoventriklar med partiel obliteration af bakre hornen och närmaste del af hjärnans hvita substans hård för känseln; vidare ansvällning af de solitära körtlarna i groftarmen.

Fall 54.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. **2-3** år före konc. *Behandl.:* under första året efter infektionen 3 gånger smörjkur, sista gången i A.; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ok.** Symptom hos **barnet** i 3:e månaden; utskr. symptomfritt.

Prostituerad. Sista behandlingen under början af hafvandeskap hösten 1877. Fick i april 1878 ett fullgånget barn, som skall hafva dött vid 3 månaders ålder af syfilis. Åter hafvande fick hon d. 3/8 79 en fullgången gosse. Hon ammade barnet, som höll sig friskt i nära 3 månader, då det blef oroligt och fick utslag. Vid inkomsten d. 7/11 modern symptomfri. Barnet väl närdt, men oroligt och skrikigt med ragader i munvinklarna, papulös syfilid mest å bålen, vätskande papler vid anus; mjälten kännes endast vid djup inspiration. — Ord. hydr. c. creta. — Utskrefs symptomfri och frodig den 27/12.

Fall 55.

Modern 31-40 år; **g.**; inf. **2-3** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 30 smörjningar; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

Före infektionen ett friskt barn. Smittad af mannen våren 1878 och då här vårdad. Missfall våren 1880. I december 81 en fullgången flicka, som diade modern och höll sig frisk i 8 veckor, men fick då utslag i ansiktet. Vid inkomsten d. 2/5 82 modern symptomfri. Barnet, väl närdt, har en ganska djup brunaktig färgning å ansiktets nedre del, under hakan två större upphöjda, vätskande papler, flere ytliga sårnader vid anus, någon adenit. Ord. hydrarg. c. creta. Snar förbättring. Utskrefs d. 2/6.

Fall 56.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. **2-3** år före konc. *Behandl.:* kring 3/4 år efter infektionen 2 gr. kvicksilfverjodur, ville ej stanna; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ok.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Efter behandlingen våren 1882 tidtals värk i underbenen men inga tydliga syfilitiska symptom. Fick å S BB d. 1/12 83 en fullgången flicka, som diade modern och till en början artade sig väl. I 9:e veckan snufva och utslag hastigt utbredande sig. Vid inkomsten d. 4/2 84 modern symptomfri. Barnet ytterst klent med snufva, missfärgning kring mun och näsa, ymnigt utslag af låga papler å armar och ben, mjältsvulst, adenit. Låg som i dvala och diade svagt. — Hydr. c. creta. — Afled d. 15/2 Vid obduktionen iakttogs en anmärkningsvärd hjärnanemi och en betydlig förstoring af mjälten med fläckvis förtjockad kapsel men inga andra makroskopiska förändringar.

Fall 57.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. **2-3** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 4 gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** efter 3:e månaden; utskr. förbättradt.

Smittad under hafvandeskap 1886 och då å SH vårdad jämte barnet (afd. III 86). Abort våren 1888, då hon påstår sig hafva burit fostret 2 månader efter dess död. Fick d. 1/8 89 en fullgången flicka, som diade modern och fostrade sig väl under 7 veckor, hvarefter hon lemnades till fostermoder. Därifrån hemtogs hon vid 3 månaders ålder i ett eländigt tillstånd; läkaren, som tillkallades, sade henne lida af tarmkatarr. Bättrade sig något men höll sig klen. Först i slutet af februari 1890 iakttogs utslag å ansikte och armar. Vid inkomsten d. 8/4 90 modern symptomfri. Barnet klent med stor buk, snufva, heshet, ragader i munvinklarna, papulöst utslag å panna och armar, mjältsvulst och tecken till hydrocephalus (uppstående frontalben, tämligen stor, spänd och pulserande fontanell och stark veninjektion däromkring). — Tann. hydrarg. — Utslaget försvann och allmänna tillståndet förbättrades. Utskrefs på moderns begäran d. 13/5. Fontanellen var då mindre spänd och veninjektionen minskad.

Fall 58.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. **2-3** år före konc. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

Smittad under sommaren 1888, hade en längre tid utslag å genitalia, som kom och gick. Abort sommaren 1890. Åter hafvande nyåret 1891 fick hon d. 17/10 en något för tidig men frisk gosse, som diade modern och artade sig väl under en månad men därefter fick snufva, ojämn afföring, utslag vid anus och fläckar i ansiktet. Vid jultiden uppstod hos modern efter en stöt å högra fotryggen, en sårnad, som ej ville läkas utan jämt ökades. Vid inkomsten d. 4/4 92 har modern ett större njurformigt, djupt och orent sår å nämnda ställe samt grupperade papler å armarna och högra knät. Barnet tämligen väl närdt. En stor del af ansiktet såsom pannans nedre hälft, hela omgifningen af näsa och mun liksom hakan har en skarpt framträdande brungrå färg utan diskreta efflorescenser, pigmentfläckar efter utslag å benen, någon mjältförstoring. Ord. tann. hydrarg. Snar förbättring. Utskrefs d. 2/5.

Fall 59.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. **2-3** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 3 gr. kvicksilfverjodur och 2 månader därefter 6 thymolkvicksilfverinjektioner; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 3:e månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Smittad hösten 1888 och då här vårdad. Fick d. 15/6 1891 en fullgången gosse, som till en början diade modern. I början af 3:e månaden något utslag i ansiktet och vid anus, som sedan funnits än mer än mindre. Vid inkomsten d. 17/2 92 modern symptomfri. Barnet väl skött och ej illa närdt, med någon missfärgning kring munnen, ragad i ena mungipan. tämligen betydlig mjältsvulst och tydliga tecken till hydrocephalus; främre fontanellen dock ej större än vanligt. Barnet bär väl upp hufvudet, är lifligt och gladt. Ord. smörjkur. Blef snart fri från utslaget och fostrade sig bra. Då de utskrefvos den 9/5 hade barnets hufvuddiametrar ej ökats på 2 månader, fontanellen var insjunken och veninjektionen ringa. Modern kom och visade gossen d. 2/5 94. Han hade friskt utseende och godt hull, ganska bra tänder. Pannan uppstående och hufvudets öfre yta något platt annars välbildadt.

Fall 60.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. **2-3** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 6 thymolkvicksilfverinjektioner; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

Konkubin. Smittad under senare delen af hafvandeskap 1890 fick hon i början af 91 en fullgången gosse, som i andra månaden fick utslag. Vårdades jämte modern å SH, hade muköse papler, psoriasis plant. och coryza, fick sublimatbad och utskrefs symptomfri: lefde ännu sommaren 1894 och var frisk. Åter hafvande fick hon den 15/5 94 en fullgången flicka, som diade modern. Efter en vecka fick barnet ett blåsformigt utslag å händer, fötter och lår, som försvann för lokala medel efter 14 dagar. I slutet af juni märkte modern, att barnet skrek, då hon fattade i dess armar, och att vänstra armen var svullen. Vid inkomsten d. 5/7 modern symptomfri. Barnet, ganska väl nutrieradt, har fjällande fläckar å händer och fötter efter utslaget. Bägge armarna ligga orörliga längs kroppen, och barnet ömmar tydligen vid deras upplyftande. Ansvällning af vänstra radii både öfre och nedre likasom den högras öfre ände. Ingen snufva eller mjältsvulst. Ord. smörjkur. Snar förbättring; benaffektionen försvann fullständigt. Tog sig stadigt och utskrefs den 7/8.

Fall 61.

Modern 21-30 år; **g.**; inf. **2-3** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 6 thymolkvicksilfverinjektioner och nära ett år därefter 30 smörjningår; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

Före infektionen två ännu lefvande friska barn med sin äkta man. Smittad af honom sommaren 1891 och snart här vårdad. Vill efter sista behandlingen ej hafva haft misstänkta symptom. Abort i 8:e månaden 1893. Fullgången gosse d. 18/11 94, som diade modern. Hade nästan från början snufva, men fostrade sig ganska bra till midten af januari, då han ej ville röra vänstra armen och skrek vid dess beröring; efter någon tid tycktes äfven benen ömma. Vid inkomsten d. 16/3 95 modern symptomfri. Barnet tämligen väl utveckladt, har snufva och snörflande respiration. Huden fin och ren; endast å scrotum och vid anus några obetydliga erosioner. Vänstra armen

orörlig med ansvällning å nedre ändarna af radius och ulna samt öfre af humarus; äfven nedre änden af högra radius något uppdrifven. Mjälten förstorad. Ord. hydr. c. creta. Snar förbättring. Utskrefs d. $^{30}/_{4}$; mjälten ännu stor.

Fall 62.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. **2-3** år före konc. *Behandl.:* under första året efter infektionen 2 gånger 6 och 1 gång 5 thymolkvicksilfverinjektioner; följande året 21 smörjningar; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Ett ännu lefvande friskt barn före infektionen. Smittad 1890 och flere gånger här behandlad. Sedan våren 91 konkubin till en enligt hennes tro frisk man. Missfall julen 1892. Åter hafvande fick hon d. $^{10}/_{1}$ 94 en fullgången och kraftig flicka, som fostrade sig väl, oaktadt modern hade klen mjölktillgång. I slutet af februari oro och utslag vid anus. Vid inkomsten d. $^{28}/_{3}$ modern symptomfri. Barnet, väl närdt, har mukösa papler vid anus och omgifningen, ragad i vänstra munvinkeln, en hvitgrå, luddig fläck å vänstra främre gombågen; snufva; vänstra armen slapp och föga rörlig utan tydlig ansvällning af benen. Ord. smörjkur. Utskrefs symptomfri d. $^{6}/_{4}$. Intogs åter d. $^{12}/_{11}$ för en sårnad i vänstra munvinkeln, för hvilken läkare ordinerat hydr. c. creta. Fick fortsätta. Den $^{5}/_{12}$ lunginflammation. Afled d. 10. Vid obduktionen lobär pnevmoni i vänstra lungans nedre lob. Thymus stor, öfver 7 cm. lång och motsvarande i öfriga dimensioner. Substansen likformig, blek och af fast konsistens.

Fall 63.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. **2-3** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 6 thymolkvicksilfverinjektioner och ett år därefter vid recidiv samma behandling; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Smittad hösten 1891 och snart här behandlad. Fick å BB d. $^{27}/_{2}$ 1894 en fullgången men liten flicka, som diade modern. Efter 6 veckor började hon blekna, få hosta och ojämn afföring. Vid inkomsten den $^{7}/_{5}$ modern symptomfri. Barnet tämligen väl närdt men blekt, har betydlig snufva, stor mjälte och ett ej typiskt utslag vid anus. Ord. hydr. c. creta. Den $^{23}/_{5}$ iakttogs kontraktur i högra höftleden; barnet skrek, då man ville sträcka benet. Tog sig efter hand och utskrefs symptomfritt d. $^{11}/_{7}$; mjälten dock ännu svåld. Intogs åter d. $^{4}/_{10}$. Hade haft messling. Nu blek, mager och slapp, har en utbredd lungkatarr men inga symptom af syfilis. Ord. linct. pector. Hennes tillstånd fortfor, dåsighet och feberrörelse tillkom, och barnet afled d. $^{29}/_{11}$. Vid obduktionen fans en bönstor, ostig härd i vänstra lungans nedre lob, dylika härdar i några bronkialkörtlar; tallösa miliartuberkler i lungorna och den förstorade mjälten, sparsamma i njurarna och lefvern.

Fall 64.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. **1 $^{1}/_{2}$-2** år före konc. *Behandl.:* under första året efter infektionen 4 gånger bahandlad med inalles 10 gr. kvicksilfverjodur och 35 smörjningar; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ok.** Symptom hos **barnet** efter 3:e månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Smittad våren 1882 och flere gånger här vårdad. Fick d. 27/9 84 en fullgången gosse, som diade modern och fostrade sig väl. I 9:e veckan utslag vid anus och omgifningen. Vid inkomsten d. 19/12 modern symptomfri. Barnet, väl närdt, företer endast en vanlig intertrigo och därjämte öfver knäna några låga papler af misstänkt utseende; detta utslag försvann snart genom renhållning. I början af februari 1885 fick barnet snufva och någon missfärgning uppträdde kring munnen, hvarjämte vi snart började märka tecken till hydrocephalus; främre fontanellen ej större än vanligt. — Hydrarg. c. creta. I slutet af april voro symptomen från hjärnan försvunna förutom det uppstående frontalbenet; han bar nu väl upp hufvudet, som förut gärna hälst lutade framåt. Den 10/5 fick modern utan föregående admonition en vänstersidig hemiplegi, som endast långsamt och ej fullständigt gick tillbaka för behandlingen. Barnet fostrade sig väl under tiden, genomgick utan nya symptom en merkurialkur på 6 veckor från midten af juli. De utskrefvos d. 2/9 men återkommo d. 14. Barnet hade snart efter utskrifningen börjat blifva oroligt, ej velat taga föda och fått ryckningar i ansiktet. Efter inkomsten låg barnet apatiskt med hastig och försvårad respiration, ansenlig venfylnad å hjässan samt stundom påkommande konvulsiviska anfall (darrning i hela kroppen, ögonen vridna nedåt och åt vänster och vänstra munvinkeln dragen bakåt). Då och då uppgifver han ett skrik, vill ej taga föda, öppningen trög. Han placerades några dagar i ångskåp, hvarefter respirationen blef lättare, och fick afförande lavementer. Den 18 ord. kvicksilfverjodur och jodkalium i små doser. Efter d. 22 inga konvulsioner. Blef mera vaken och ville hafva föda, men kunde till en början ej svälja mer än några droppar i sänder. Vi märkte nu en pares i vänstra armen och vänstra ansiktshalfvan. Den 2/10 försämring och tillståndet ungefär som vid inkomsten, men större oro. Paresen tycktes vara försvunnen. Dagen före döden kroppen sträckt och stel. Afled d. 13/10. Vid obduktionen iakttogs följande: Riklig subaraknoidalvätska kring hela stora hjärnan, mest å öfre ytan. I främre delen af arteria basilaris en 1 cm. lång obturerande, tämligen fast röd tromb. I högra carotis int. strax före delningen en obturerande fast affärgad tromb, som fortsättes in i art. corporis callosi och äfven i art. foss. Sylv., men här slutar snart med en tappformig ände. Hjärnsubstansen i bakre 2/3-delarna af occipitalloberna lös sammansjunkande med venös blodfylnad i den hvita, allmän i den grå substansen. Betydlig ramollition i högra frontalloben, i synnerhet främre och sidodelarna; högra parietalloben lös men utan sönderfallning. Högra corpus striatum insjunkande, lös. Allmän ependymskleros i såväl sidosom tredje och fjärde ventriklarna; bakre hornen i de förra korta och trånga. Mjältkapseln företer en gammal förtjockning. I öfrigt inga makroskopiska förändringar.

Vid mikroskopisk undersökning af de trombotiserade hjärnartererna framträder intima föga eller icke. Tromberna, vanligen fästade vid den kraftigt utvecklade och till utseendet friska membrana fenestrata, bilda ett nätverk af grofva, finare och finaste trådar med inströdda talrika af hematoxylin starkt färgade kärnar och mycket ofta maskorna fylda af blodkorpuskler. Muscularis, i vida mindre grad adventitia infiltrerad med rundceller i växlande ofta betydlig mängd och stundom ojämnt, så att i samma tvärsnitt af kärlet man kan få se muskelhinnan normal och ansenligt förändrad.

Fall 65.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. **1½-2** år före konc. *Behandl.*: vid första anfallet 5 gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. förbättradt.

Förstföderska. Smittad senhösten 1884 och då här vårdad. Fick d. $^1/_8$ 87 en fullgången flicka, som diade modern. I början af andra månaden utslag vid anus, som försvann för lokal behandling men återkom och sedan kvarstått. Vid inkomsten å SH d. $^{24}/_9$ modern symptomfri. Barnet något magert och slapt med mukösa papler vid anus och i lårvecken samt tydliga tecken till hydrocephalus. Ord. hydr. c. creta. Utslaget minskades och försvann och äfvenså efter hand symptomen från hjärnan med undantag af det uppstående frontalbenet; den tämligen stora, spända fontanellen minskades betydligt under barnets härvaro och sjönk in, medan veninjektionen försvann. Utskrefs d. $^5/_{12}$. Återkom d. $^2/_7$ 1888 med mukösa papler vid anus och omgifningen. Frontalbenet som vid förra utskrifningen. Hade 14 tänder, framtänderna i öfverkäken mindre välbildade, de öfriga vackra. Ord. Hydr. c. creta. Utskrefs d. $^5/_9$ ännu något mager och slapp men liflig och glad; kunde gå med ringa stöd; främre fontanellen nära förbenad.

Fall 66.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. $1^1/_2$-2 år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet $4^2/_3$ gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Nej.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

Smittad under hafvandeskap 1886 och kort efter partus vårdad å SH jämte barnet (afd. III 85). Inkom åter hafvande i 6:e månaden d. $^{23}/_9$ 87 och hade en mängd papillomer å vulva men inga tydliga tecken till lues. Fick å BB d. $^{27}/_{12}$ en fullgången flicka, som diade modern. Placenta frisk. Barnet fostrade sig till en början väl, fastän modern hade otillräcklig mjölk. I midten af februari gastroenterit. Den $^{20}/_2$ anmärktes en pares i vänstra armen utan upptäckbar ansvällning å benen; den var försvunnen efter en vecka. I början af mars någon gråbrun fläckighet å öfverläppen och en del fjällande fläckar å pannan; dagarna därefter ett sparsamt, fläckigt utslag å armar och ben. Ingen snufva eller mjältsvulst. Ord. smörjkur. Förbättrades snart och utskrefs d. $^9/_5$. Modern fick i februari en papulös syfilid och genomgick en injektionskur.

Fall 67.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. 1-$1^1/_2$ år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 20 sublimatinjektioner à 6 mgr.; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Nej.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. fb.

Smittad snart efter första konceptionen och då här vårdad (afd. III 1). Åter hafvande med en annan man inkom hon d. $^{28}/_{11}$ 1871 i ett klent tillstånd, antagligen konvalescent efter tyfoidfeber. Fick å BB d. $^6/_5$ 72 en fullgången flicka, som till en början artade sig väl men d. $^8/_6$ började få en papulös syfilid, snufva och mjältförstoring; utslaget blef allmänt och ymnigt. Ord. sublimatbad. Symptomen försvunno. Stannade länge men utvecklade sig måttligt. Utskrefs d. $^{20}/_3$ 1873.

Fall 68.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. 1-$1^1/_2$ år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet kvicksilfverpiller och vid recidiv någon mixtur, alt i K.; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ok.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Fick d. 18/11 1874 en fullgången flicka, som diade modern. I andra veckan oro och ojämn afföring, i den 5:e utslag. Flickan smittade en äldre kvinna, som vårdade henne under en kort tid. Vid inkomsten å SH d. 18/1 75 modern symptomfri. Barnet tämligen väl nutrieradt, hade snufva, rhagader i munvinklarna, fjällande papler och fläckar å ansiktet samt händernas och fötternas insidor. Stor mjälte. Ord. Hydr. c. creta. Utskrefs den 11/6.

Fall 69.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. **1-1½** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 40 smörjningar och ½ år därefter 2 gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Nej.** Symptom hos **barnet** efter 3:e månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Smittad våren 1878 och då behandlad å SH. Inkom d. 30/10 1879, hafvande i 7:e månaden; hade mukösa papler och en ringa adenit. Fick endast lokal behandling och bad. Fosterrörelserna svaga men togo upp sig och voro sedermera likasom fosterljudet ordentliga hela tiden. Fick å BB d. 26/1 80 en fullgången och väl utvecklad gosse, som diade modern, oaktadt denna länge hade symptom af parametrit. Barnet fostrade sig ganska väl, om det också höll sig något magert, och hade ej företett minsta symptom af syfilis, då de utskrefvos d. 28/6. Anmärkas bör, att placenta var frisk med undantag af en tämligen ansenlig kalkinkrustation genom hela massan. De återkommo d. 11/8. Barnet oroligt och något klent med rhagader vid munvinklarna och fjällande fläckar å händer och fötter. Ingen snufva eller mjältsvulst. Skall hafva haft symptomen i 14 dagar. Ord. hydr. c. creta. Abscederande adenit vid vänstra käkvinkeln. Symptomfri. Framemot jul återkommo liknande symptom och därjämte onychi å nästan alla fingernaglarna. Fick samma behandling och utskrefs frodig och väl närd d. 19/2 82. Modern sista gången utan symptom. Barnet antagligen smittadt af modern flere månader efter födelsen.

Fall 70.

Modern 21-30 år; **g.**; inf. **1-1½** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 16 smörjningar af läkare i staden; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Nej.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

Smittad af fosterbarn i början af 1877 och behandlad af läkare med smörjning, men måste upphöra på grund af stomatit. Missfall i 7:e månaden i augusti samma år. Fick en fullgången flicka d. 14/10 1878. Denna diade modern och fick i andra veckan någon snufva och ojämn afföring. Vid inkomsten d. 17/1 79 modern symptomfri. Barnet ganska väl nutrieradt, har betydlig snufva och brunaktiga fläckar vid näsan och å hakan, men inga andra på syfilis häntydande symptom. Ord. hydrarg. c. creta. Utskrefs d. 22/2. Kvinnans man skall hafva gått fri från syfilis.

Fall 71.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. **1-1½** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 3 gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.:* i 6:e

—9:e månaderna omkring 5 gr. kvicksilfverjodur af läkare i staden.

Smittad af **barnfadern?** **Ok.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Smittad sommaren 1880 och då här vårdad. Fick d. 30/4 82 en något för tidig men frisk gosse. Modern hade vid inkomsten d. 22/5 papulös angina och mukösa papler å vulva, barnet snufva, papulös syfilid och mukösa papler vid anus. Ord. hydrarg. c. creta. Utskrefs d. 20/9.

Fall 72.

Modern **21-30** år; **og.**; inf. **1-1**1/2 år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet i två repriser inalles 6 1/2 gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ok.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Smittad i maj 1880 och då här vårdad. Fick d. 17/6 82 en fullgången flicka, som diade modern och höll sig frisk i 4 veckor, men därefter fick ett fjällande utslag å händer och fötter. Vid inkomsten d. 29/7 modern symptomfri. Barnet, ganska väl närdt, har lindrig snufva, betydlig fjällning å händernas och fötternas insidor, någon missfärgning kring munnen och ringa adenit. Ord. hydrarg. c. creta. Utskrefs den 22/9. Afled snart af okänd sjukdom.

Fall 73.

Modern **21-30** år; **g.**; inf. **1-1**1/2 år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet behandlad å kurhus i landsorten men osäkert huru; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Före infektionen två friska barn med sin äkta man, som smittat henne i början af hösten 1883. Fick d. 31/7 85 å BB en fullgången flicka. Denna fostrade sig väl i 5 veckor, då snufva och utslag å kroppen uppstod. Vid inkomsten d. 22/9 modern utan symptom. Barnet någorlunda närdt, men blekt, slapt och oroligt. Fjällande och skorpiga papler å ansiktet och flere kroppsdelar. Snufva. Mjälten något förstorad; feber, hosta och bronkit. Afled d. 25. Vid obduktionen högersidig bronkopnevmoni, stor mjälte, njurarnas corticalis något grumlig, ringa osteokondrit.

Fall 74.

Modern **21-30** år; **g.**; inf. **1-1**1/2 år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 5 calomelinjektioner och några månader därefter 2 gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.:* i 1:a och 2:a månaden 8 injektioner med 5 cgr. oxid. hydr. flav.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** efter 3:e månaden; utskr. symptomfritt.

En frisk gosse 1886 med sin man. Smittad under hafvandeskap 1887 och då här vårdad (afd. III 34). Åter hafvande hösten 88 och strax därefter

här behandlad, hade mukösa papler och angina papulosa. Fick d. 8/7 89 en fullgången och kraftig flicka, som diade modern och fostrade sig väl. Nära ett halft år efter partus fick modern å högra benet ett knöligt utslag, som snart öfvergick i sår. Vid inkomsten d. 12/2 90 hade modern å högra underbenet, låret och klinkan flere ulcererande hudtuberkler, å senare ställen stående i grupp; hon är något blek men i öfrigt frisk och har tillräcklig mjölk. Barnet väl utveckladt och af friskt utseende, har en stor mukös papel på hvardera sidan af anus och ringa adenit, men är i öfrigt symptomfritt. Modern kan ej med säkerhet uppgifva, huru länge barnet haft utslaget, men säger, att det är 1 eller högst 2 månader. Modern fick jodkalium, barnet hydr. c. creta. De utskrefvos på moderns begäran redan d. 10/3. Behandlades bägge polikliniskt samma år för syfilis. Barnet antagligen smittadt af modern efter födelsen.

Fall 75.

Modern u. 21 år; **og.**; inf. **1-1 1/2** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 6 thymolkvicksilfverinjektioner; 1/2 år därefter 3 1/2 gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Smittad å öfverläppen vid en pantlek i början af 1893 och då här vårdad. Fick d. 4/3 1895 en fullgången gosse, som uppföddes artificielt och fostrade sig mindre väl. I midten af maj utslag vid anus och annorstädes. Vid inkomsten d. 5/6 modern symptomfri. Barnet magert och skrikigt; snufva; sammanflytande papler vid anus, en platt papel vid högra ögonbrynet; grupper af svagt fjällande papler å underarmar och händer, hufvudskålen välbildad men främre fontanellen helt liten, nafvelbråck, lungkatarr. Ord. smörjkur. Föll altmera, dåsighet, albuminuri med hyalina, vanligen lätt korniga tubularafgjutningar. Afled d. 13/6. Vid obduktionen fans en purulent bronkit med bronkopnevmoni i högra lungan; njurarnas kortikalsubstans företer något stora corp. Malp. men annars ingen tydlig makroskopisk förändring.

Fall 76.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. **1-1 1/2** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 7 thymolkvicks.-injektioner; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Smittad i slutet af våren 1893 och då här vårdad. Fick å BB d. 22/7 95 en fullgången gosse, som diade modern. Artade sig väl till slutet af augusti, då han blef orolig, fick snufva och hosta, d. 8—9 sept. utslag å fötterna samt å hakan. Vid inkomsten d. 16/9 hade modern några slappa papler å vulva. Barnet väl närdt men blekt och oroligt; ringa snufva; sparsamma låga och fjällande papler och fläckar å underben, lår och högra fotryggen, några å hakan; mjälten förstorad. Ord. hydr. c. creta. Rask förbättring. Utskrefs d. 30/10.

Fall 77.

Modern 21-30 år; **g.**; inf. **1/2—1** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 40 smörjningar; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska (?). Smittad af fosterbarn å bröstvårtorna hösten 1868 och vårdad å SH i början af 1869. Fick d. $^{13}/_{4}$ 1870 en fullgången gosse, som diade modern och till en början fostrade sig väl. I början af juni blef barnet oroligt, fick snufva och ett fläckigt utslag. Vid inkomsten d. $^{25}/_{7}$ modern symptomfri. Barnet ytterst klent, dog inom ett dygn. Vid obduktionen befans mjälten betydligt förstorad med en delvis organiserad beläggning; därjämte träffades oedema glottidis men ingen tydlig förändring i lungorna. Näsa och svalg blefvo ej undersökta.

Fall 78.

Modern 21-30 år; **g.**; inf. $^{1}/_{2}$-**1** år före konc. *Behandl.:* några månader efter infektionen 25 sublimatinjektioner à 8 mgr.; *under hafvandesk.* **O.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 3:e månaden; utskr. fb.

Friskt barn före infektionen. Smittad af ammbarn å ena vårtan hösten 1870 och på nyåret 1871 här vårdad jämte fosterbarnet, som afled af syfilis, och hennes eget 20 månaders gamla barn, som äfven blifvit inficieradt. Missfall i april 1871. Fick d. $^{23}/_{3}$ 72 en fullgången gosse, som diade modern och höll sig frisk i 2 månader, men därefter fick snufva, ojämn afföring och utslag å kroppen. Barnet behandlades upprepade gånger för syfilis af doktor Z. I början af 1873 uppstod hos modern ett utslag, som öfvergick i sår. Vid inkomsten d. $^{22}/_{4}$ 73 hade modern ulcererande hudgummata kring bägge knälederna, högra armen och höfterna. Barnet ganska väl närdt med vanliga tecken till måttlig rachitism å det något stora hufvudet; kan ej stå eller gå; buken stor; glupsk matlust; afföringen blek, stinkande; mukösa papler vid anus. Behandlades först med diet och karlsbadervatten m. m. och fick sedan smörjkur. Utskrefs d. $^{21}/_{6}$. Fadern skall hafva undgått smitta.

Fall 79.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. $^{1}/_{2}$-**1** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 5 gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.* **O.**

Smittad af **barnfadern?** **Ok.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden: utskr. dödt.

Förstföderska. Hafvande kort efter behandlingens slut fick hon d. $^{7}/_{11}$ 1883 en fullgången gosse, som efter 2 veckor lemnades till fostermoder. I fjärde veckan blef barnet klent, fick utslag i ansiktet m. m. Vid inkomsten d. $^{4}/_{2}$ 84 modern symptomfri; barnet magert och eländigt med snufva, fjällande fläckar kring mun och haka, någon mjältförstoring, adenit, stor buk och diarré. Föll altmera och dog den 15. Vid obduktionen konstaterades ingenting annat än tecken till en kronisk kolit; mjälten föga om något förstorad.

Fall 80.

Modern 21-30 år; **g.**; inf. $^{1}/_{2}$-**1** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 20 smörjningar och snart därefter 100 piller; efter omkr. 2 mån. 40 smörjningar, alt vid poliklinik; *under hafvandesk.* **O.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. förbättradt.

Före infektionen ett friskt ännu lefvande barn. Smittad närmare ett år före sista konceptionen och af en annan person än barnfadern, med hvilken hon nu är gift, och som blifvit undersökt af mig samt befunnen frisk. Fick å BB d. 13/12 95 en flicka, som ansågs något för tidig. Barnet, som ammades af modern, höll sig friskt till d. 16/1, då det blef oroligt och följande dagen fick utslag. Vid inkomsten d. 28/1 96 har modern å armar och ben pigmentfläckar efter en papulös syfilid och därtill leukoderma colli. Barnet något litet men tämligen väl närdt. Snufva. Näsa, öfverläpp och haka ansvälda, rödbruna, lätt fjällande. En nummulär papel å vänstra kinden, sparsamma låga papler å benen, hälarna röda. Någon adenit. Mjälten kännes endast vid inspirationen. Nedre ändan af vänstra radius något sväld. Ord. hydr. c. creta. Osteokondriten ökades, och barnet tappade i vikt, men tog sig sedan och utskrefs på moderns begäran d. 29/2 symptomfritt utom någon ansvällning å vänstra radius. Barnet intogs åter d. 19/5 96; hade då för något öfver 2 veckor sedan börjat blifva klent, och modern hade iakttagit ansvällningar å dess panna. Flickan är ganska väl närd, men blek och orolig, har snufva och nästan lerfärgad afföring. I pannan visa sig två rundade ansvällningar, den ena midt för den högra, den andra strax innanför den vänstra tuber frontale, med blek hudbetäckning, slapp, något degig konsistens och otydlig fluktuation. I deras midt kännes en med längdaxeln vertikalt ställd åt ändarna tillspetsad defekt i pannbenet med skarpa ränder; den högra fullt 3, den vänstra öfver 2 cm. lång och bägge i midten 2 cm. breda. Då barnet skriker, spännes ansvällningarna och man känner tydlig pulsation. De synas ej ömma vid tryck. Främre fontanellen normal likasom hufvudskålen i öfrigt. Barnets vänstra arm hålles stilla och i midten af öfverarmen finnes en ganska betydlig ömmande periostit. Ord. hydr. c. creta. Den 3/6. Ansvällningarna i pannan insjunkna och tyckas defekterna i benet vara något minskade, särskildt deras nedre spetsar. Armen röres bättre. Den 10. Bendefekternas förminskning nu mycket tydlig, mest den högras. Denna förminskning gick nu märkvärdigt hastigt, och den 31/6 var den å högra sidan belägna fullkomligt sluten utan kännbar ojämnhet i benet, medan till vänster ännu förefans en helt ringa öppning i detsamma. Barnet, som till en början föll i vikt, har tagit sig betydligt men är ännu blekt; dess afföring normal; ansvällningen å vänstra öfverarmen i det närmaste försvunnen. Utskrefs d. 4/7 på moderns begäran. Barnet afled hastigt d. 8/8 i enterokolit. Vid obduktionen funnos tecken till nämnda sjukdom; mjälten af vanlig storlek. Hufvudskålen, som jag sedermera erhöll i prepareradt skick, företer betydlig olikhet med andra från barn af samma ålder. Hela frontalbenet och främre delen af o. parietalia ansenligt förtjockade, och gäller detta såväl diploe som benlamellerna, samt det hela ogenomskinligt utom de förut nämnda sjuka fläckarna. Ytorna hafva en hvitaktig färg och synas därå talrika, punktformiga öppningar för kärlen. Motsvarande den större perforationen till höger å os frontale synes yttre ytan normal och således restaurationen fullständig, medan å insidan finnes en betydlig fördjupning med en ansenlig uppdrifning af omgifvande benparti, inre ytan af fläcken hvit, homogen. Å den mindre härden till vänster finnas samma förhållanden fastän i lägre grad, och här träffas ännu en liten sprickformig öppning i benet. Sjukdomsprocessen har antagligen bestått uti en pachymeningitis externa gummosa med perforation af benet, som under behandlingen gått tillbaka, medan en betydlig hyperostos å omgifningen kvarstått.

Fall 81.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. under 1/2 år före konc. *Behandl.* **0.**; *under hafvandesk.:* i tredje månaden 20 smörjningar.

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Efter utskrifningen snart nya symptom. Fick å BB d. $^{12}/_{5}$ 1892 en fullgången flicka, som diade modern. Vid inkomsten d. $^{21}/_{5}$ modern fri från symptom, och likaså barnet. Den förra sinade snart. I midten af juni fick barnet någon snufva och större röda fläckar å händernas och fötternas insidor, som snart började fjälla. I början af juli enterokolit, hvartill kom nästan fullständig anuri. Afled d. $^{13}/_{7}$. Vid obduktionen tecken till kolit och nefrit.

Fall 82.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. under $^{1}/_{2}$ år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 30 sublimatinjektioner och ungefär vid tiden för konceptionen 18 smörjningar af läkare i staden; *under hafvandesk.:* i 5:e och 6:e månaden 25 smörjningar.

Smittad af **barnfadern? Ok.** Symptom hos **barnet** i 3:e månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Smittad i början af 1874 och 2 gånger behandlad. Sista regleringen i juni samma år. Vid inkomsten d. $^{7}/_{7}$ rest efter en papulös syfilid och vänstersidig irit. Fostret kvicknade d. $^{7}/_{11}$. I slutet af samma månad en laryngit med ett par små muköa papler å introitus. Fick å SH d. $^{7}/_{3}$ 75 en fullgången gosse, som diade modern och fostrade sig väl. I början af tredje månaden började barnet falla af, fick någon mjältförstoring, men inga säkra tecken på syfilis. I slutet af september tillstötte en vänstersidig plevrit, och barnet afled d. $^{30}/_{9}$. Vid obduktionen fans en plevrit med betydligt fibrinöst exsudat, förstorad mjälte och förtjockning af ependymet i hjärnans sidoventriklar med partiel obliteration af högra bakre hornet.

Fall 83.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. under $^{1}/_{2}$ år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 25 smörjningar; *under hafvandesk.:* i 8:e och 9:e månaderna 30 smörjningar.

Smittad af **barnfadern? Nej.** Symptom hos **barnet** i 3:e månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Smittad i okt. eller början af nov. 1873 och här vårdad $^{24}/_{1}$—$^{9}/_{3}$ 74 för primäraffektion å underläppen, adenit, roseol, mukösa papler å vulva, papulös angina m. m. Utgick emot råd d. $^{2}/_{12}$ och fick d. $^{21}/_{12}$ en fullgången men liten gosse, som diade modern och fostrade sig tämligen bra till början af 3:e månaden, då han blef klen och fick utslag. Vid inkomsten d. $^{9}/_{3}$ 75 modern symptomfri; barnet svagt med missfärgning och skorpigt utslag i ansiktet, papulös syfilid, snufva och förstorad mjälte samt flere subkutana abscesser å benen. Ord. hydr. c. creta. Vid punktion af abscesserna ej obetydlig blödning. Utskrefs d. $^{24}/_{4}$.

Fall 84.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. under $^{1}/_{2}$ år före konc. *Behandl.* **0;** *under hafvandesk.:* i 2:a och 3:e månaden 3 och i 6:e och 7:e 4 $^{1}/_{3}$ gr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern? Ok.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Hade vid första inkomsten d. $^{15}/_{2}$ 1882 primäraffektion. adenit, papulös syfilid, vid den andra d. $^{13}/_{6}$ mukösa papler och angina papu-

losa. Fick å BB d. $^{13}/_{10}$ en fullgången gosse, som efter återkomsten till SH sattes på artificiel föda, då modern saknade mjölk. Den $^{31}/_{10}$ anmärktes, att barnet ständigt höll högra knäet krökt och skrek, då knäleden sträcktes, hvarvid en ringa ansvällning förefans å lårets nedre ände. Den $^{7}/_{11}$ samma förhållande med vänstra benet och d. $^{13}/_{11}$ med vänstra öfverarmen, hvars nedre ände isynnerhet främre del ansvälde; därtill kom något ödem i underben och fötter. Vi väntade andra symptom af syfilis, men de uteblefvo. Den $^{15}/_{11}$ ord. hydr. c. creta. Den 31 betydlig förbättring af benaffektionerna, och d. $^{7}/_{12}$ återstod föga däraf. Under följande dagar fick barnet enterokolit och afled d. $^{22}/_{12}$. Vid obduktionen fans ansvällning och pigmentering af de solitära körtlarna i groftarmen och någon bronkit. Benen ej undersökta eller ingen makroskopisk förändring.

Fall 85.

Modern 21-30 år; **g.**: inf. under $^{1}/_{2}$ år före konc. *Behandl.:* före konc. **0**; *under hafvandesk.:* i 2:a och 3:e månaden **31 sublimatinjektioner** à 1,5 cgr., i 8:e och 9:e månaden 3 gr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern? Nej.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. fb.

Förstföderska. Hafvande i juni 1884. Antagligen smittad en månad före konc., fick hon i midten af juli utslag å bål och genitalia. Vårdades här från d. $^{15}/_{8}$ för papulös syphilid och muköse papler. Snart utskrifven återkom hon d. $^{17}/_{2}$ 85 med muköse papler i mängd. Kraftig kvinna. Fick å BB d. $^{31}/_{3}$ en fullgången flicka. Placenta frisk till parenkym och kärl. Modern hade ringa mjölktillgång. Barnet fick i 7:e veckan ett kroniskt diarré, som nedsatte detsamma. I början af 3:e månaden papulös syfilid å flere kroppsdelar och någon mjältförstoring. Ord. hydr. c. creta. Utskrefs d. $^{15}/_{7}$ symptomfri men blek och mindre kraftig; vårdades 2 gånger s. å. för syfilis. Lär snart hafva dött.

Fall 86.

Modern 31-40 år; **g.**; inf. under $^{1}/_{2}$ år före konc. *Behandl.:* före konc. **0**; *under hafvandesk.:* i 2:a och 3:e månaden 2 gr. kvicksilfverjodur; ville ej stanna.

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

Abort i 2:a månaden hösten 1890 efter en större kroppsansträngning. Smittad af mannen kort före konceptionen i slutet af sommaren 1891 och här vårdad d. $^{21}/_{11}$—$^{19}/_{12}$ för primäraffektion, muköse papler m. m. Fick å BB d. $^{10}/_{7}$ 92 en fullgången gosse, som diade modern och artade sig bra, men i 7:e veckan fick utslag å flere kroppsdelar. Vid inkomsten d. $^{1}/_{9}$ modern symptomfri. Barnet ganska väl närdt, men oroligt, har snufva, papulös syfilid, mukös papel å hårda gommen, mjältförstoring, ojämn afföring. Ord. tann. hydrarg. Osteokondrit å högra öfverarmens nedre ände. Tog sig snart och utskrefs d. $^{20}/_{10}$: mjälten ännu förstorad. Intogs åter d. $^{16}/_{4}$ 94 med papulös angina. Hade 14 tänder, i öfrigt välbildade, men i midten af de öfre incisivi fans en tvärfåra. Mjälten kändes nu ej. Ord. hydr. c. creta. Utskrefs d. $^{19}/_{5}$. Lefde frisk i januari 96.

Fall 87.

Modern u. 21 år; **og.**; inf. under $^{1}/_{2}$ år före konc. *Behandl.:* före konc. **0**; *under hafvandesk.:* i 4:e och 5:e månaden **45 smörjningar** i U.; i den 7:e och 8:e **6 thymolkvicksilfverinjektioner.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** i 3:e månaden; utskr. fb.

Hafvande i november 1889. Under julen utslag å kroppen, som kvarstod. Behandlad i U. mars—april 90. Vid inkomsten å SH d. $^{31}/_{5}$ mukösa papler, roseol och flere enkla schankrar, som hon haft ett par veckor. Fick å BB d. $^{20}/_{8}$ en fullgången gosse, som diade modern. Fostrade sig väl. I midten af november någon snufva och mjältförstoring och därefter mukösa papler vid anus. Ord. thymolkvicksilfverinjektioner à 2 cgr. Utskrefs den $^{16}/_{12}$ 91. Inkom åter med modern men utan tydliga symptom af lues.

D. Barnen symptomfria under observationstiden.

Fall 88.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. öfver **10** år före konc. *Behandl.:* under uppväxten i detalj okänd; under sommaren 1892 å SH 25 smörjningar à 4 gr.; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** **Barnets** observationstid 1-2 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Född d. $^{18}/_{1}$ 1869. Hennes moder blef smittad under sitt tredje puerperium och behandlades snart därefter å kurhuset i H. Snart åter hafvande födde hon i laga tid vår patient och efter henne ännu 4 barn, af hvilka det första skall hafva dött af syfilis vid 13 veckors ålder, medan de öfriga ännu lefva och äro friska. Patienten omtalar, att hon var frisk och som de öfriga syskonen till 11 års ålder, då hon efter en skada å högra underbenet fick sår därstädes, som kvarstod i flere år, medan nya kommo i omgifningen. Vid 12 år bulnad och sår i hårda gommen, och vid 18 år sår å vänstra underbenet. Vid 19 år intagen och skött å sjukhus, där benen läktes. Fick där jodkalium, förut af läkare flere gånger piller och mixtur. Kvinnan intogs å SH d. $^{2}/_{7}$ 1892 och hade då en betydlig uppdrifning af högra, mindre af vänstra tibia, stora i änderna oregelbundna vid benen fästade bleka ärr å bägge underbenen, perforation af hårda och äfven mjuka gommen med väl läkta ränder, ett större ärr å bakre svalgväggen; talet nasalt. Hon har något öfver medelhöjd, och fullt ordinär kroppsbyggnad. Mammæ helt små. Yttre genitalia väl utvecklade. Hon fick sin reglering vid 19 år, medan systrarna började menstruera redan vid 16 år. Vill ej hafva idkat coitus; hymen dock osäker. Tänderna alla i behåll och fullt oklanderliga. Synen god, hörseln något nedsatt efter nyligen genomgången influensa, men ingen upptäckbar förändring i öronen. Är något anemisk och klagar öfver hufvudvärk. Fick 25 smörjningar och jodkalium från 2 gr. i stigande till 4 gr. pr dag. Utgick d. $^{29}/_{7}$. Vårdades åter för kortare tid följande vinter. Inkom hafvande i 8:e månaden d. $^{5}/_{6}$ 96. Hafvandeskapet gått normalt, och hon kunnat arbeta hela tiden. Hade fått en stöt å högra underbenet och hade där en obetydlig sårnad. I öfrigt som förut. Brösten tagit sig ej obetydligt, dock små. Fosterrörelser och fosterljud jämna och utan anmärkning. Fick å BB d. $^{1}/_{7}$ en fullgången gosse. Placenta med frånseende af någon kalkinkrustation i serotina och en ringa randinfarkt frisk. Vid återkomsten till SH d. $^{10}/_{7}$ vägde barnet 3,8 kilo, diade modern, hvars bröst väl ej voro stora, men fasta och höllo riklig mjölk. Gossen fostrade sig väl under härvaron, men modern ville ej stanna längre än till d. $^{6}/_{8}$.

Kvinnan hade efter all sannolikhet medfödd syfilis. Hon påstår sig hafva varit symptomfri till 11 års ålder, men därpå torde ej vara att lita.

Fall 89.

Modern 31-40 år; **g.**; inf. öfver **10** år före konc. *Behandl.:* tio år efter infektionen 10 smörjningar och nära 3 gr. kvicksilfverjodur; sedan jodkalium; *under hafvandesk.* **0.**

Smitttad af **barnfadern? Nej. Barnets** observationstid 4-6 månader; utskr. symptomfritt.

Bondhustru, 33 år. Smittad vid 13 år antagligen af modern och då vårdad å SH (1851) med lokala medel och bad. Åter intagen 1861 för ulceration i mjuka gommen och 1863 för ozæna, som sedan funnits. Fick 1863 ett friskt, ännu lefvande barn. Förlöstes d. 7/5 1871 från en fullgången flicka. Intogos å SH d. 31/7, modern kakektisk, hade ozæna och kronisk nefrit, afled under härvaron. Barnet, väl utveckladt, höll sig friskt och utskrefs den 22/9.

Fall 90.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. **7-10** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet en ringa kvantitet kvicksilfverjodur; ett år därefter 3 gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Nej. Barnets** observationstid 4-6 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska (?). Smittad för 9 år sedan och så vidt hon vet symptomfri under 7 år. Hafvande i juni 1869 fick hon i fjärde månaden flytning och stank ur näsan. Barnet fullgånget. Vid inkomsten å SH d. 1/6 70 hade modern ozæna och blottadt ben å hårda gommen. Barnet frodigt och friskt. Utskrefs d. 3/8. Modern fick jodkalium.

Fall 91.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. **7-10** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 35 calomelrökningar och därefter 4 gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.:* i 6:e och 7:e månaden 24 smörjningar.

Smittad af **barnfadern? Nej. Barnets** observationstid 3-4 månader; utskr. symptomfritt.

Smittad af ammbarn 1866. Under 1871 ett barn, som höll sig friskt i 2½ år och då dog af akut bröstsjukdom. Åter hafvande i slutet af 1873 fick hon efter någon tid ondt i halsen och utslag vid anus. Vid inkomsten d. 21/5 1874 har kvinnan en stor, typisk, mukös papel vid anus, en ansenlig katarral angina och måttlig allmän adenit. Utgick men återkom före partus. Fick å BB d. 5/8 en fullgången gosse, som diade modern, höll sig frisk och fostrade sig väl under härvaron. Utskrefvos d. 9/11.

Fall 92.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. **7-10** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 3 gr. kvicksilfverjodur; flere gånger jodkalium under kortare tid af olika läkare; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern! Nej. Barnets** observationstid öfver 6 månader; utskr. symptomfritt.

Ett barn 1880, som dog vid 3 år af lunginflammation. Någon tid efter barnets födelse vårdades modern å SH för första anfallet af syfilis. Några år därefter och till följd af yttre våld sår å högra underbenet, som ökades i storlek och kvarstod 5—6 år. Likaledes efter stötar 1890 envist sår å vänstra låret och 1891 i pannan. Fick d. $^{24}/_{7}$ 1889 en fullgången flicka, som fostrade sig väl och höll sig frisk. Vid inkomsten d. $^{29}/_{10}$ 91 företedde modern ett stort, blekt ärr å vänstra underbenet, ett mindre å vänstra låret samt ett betydligt å högra sidan af pannan med flere, djupa, orena sår i omgifningen, en 2-örestor exostos under högra tuber frontale, ett större stråligt ärr å mjuka gommen och ett å bakre svalgväggen. Barnet väl utveckladt och friskt; dess öron, ögon och tänder normala. Utskrefvos d. $^{23}/_{12}$.

Fall 93.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. **5-7** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 30 smörjningar och sedan nästan hvarje år en dylik behandling i S.; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Nej. Barnets** observationstid öfver 6 månader; utskr. symptomfritt.

Ett friskt barn för 7 år sedan och ungefär ett år före infektionen, som afled vid 17 månader af okänd sjukdom. Omkring 4 år efter infektionen ett barn, som var friskt i 10 månader, men så dog i akut sjukdom. Kvinnan snart efter första anfallet behandlad med smörjkur å kurhuset i S. och sedermera hvarje vinter under 3—4 månader för ett utslag, som öfvergått i sårnader. Genom behandlingen har det försvunnit eller förbättrats; under de 3 sista åren har hon dock aldrig varit fullt fri från utslag. Vid inkomsten å SH hafvande i 9:e månaden, företer tallösa i allmänhet ytliga ärr af olika färg och storlek å bål och extremiteter med en mängd skorpbildningar och därunder ytliga sår. Allmänna tillståndet tämligen godt. Fick å BB d. $^{18}/_{7}$ 73 en fullgången gosse, som diade modern. Placenta frisk. Under puerperiet minskades utslaget betydligt, men återkom snart i ymnighet och utgjordes af ytliga hudtuberkler eller snarare papulo-tuberkler, som belades med skorpor och öfvergingo i sår. Barnet fostrade sig i allo väl och höll sig friskt. Modern fick smörjkur och jodkalium, samt blef slutligen läkt. Utskrefvos den $^{17}/_{2}$ 1874.

Fall 94.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. **4-5** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 28 smörjningar; *under hafvandesk.:* i 7:e och 8:e månaden 30 smörjningar.

Smittad af **barnfadern? Nej. Barnets** observationstid 2-3 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Prostituerad. Smittad 1873. Inkom hafvande i 7:e månaden d. $^{25}/_{10}$ 1877 såsom misstänkt för syfilis men utan tydliga symptom. Fick å BB d. $^{4}/_{1}$ 78 en fullgången gosse, som uppföddes vid flaska. Placentarsubstansen i öfrigt frisk, men serotina är mäktigare än vanligt och från densamma sträcka sig talrika septa stundom djupt ned i kakan. Nafvelsträngens kärl friska. Barnet höll sig friskt och företedde ej symptom af syfilis. Utskrefs d. $^{28}/_{3}$.

Fall 95.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. **2-3** år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 30 sublimatinjektioner à 1 cgr.; under de två

följande åren 27 à 30 smörjningar; *under hafvandesk.:* jodkalium.

Smittad af **barnfadern? Ok. Barnets** observationstid 3-4 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Prostituerad. Vid inkomsten d. 15/5 80 hafvande i 5:e månaden, hade ulcererande hudtuberkler. Fick å BB d. 1/10 en fullgången flicka. som fostrade sig väl och ej företedde något tecken till syfilis. Utskrefvos d. 31/1 81. Modern fick kvicksilfverjodid + jodkalium.

Fall 96.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. 1 1/2-2 år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 44 smörjningar, inom ett år 25 smörjningar; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Nej. Barnets** observationstid 4-6 månader; utskr. symptomfritt.

Två friska barn före infektionen. Smittad hösten 1870 och här vårdad. Inkom d. 1/5 73 från BB, där hon d. 23/4 fått en fullgången flicka, som diade modern. Denna hade grupperade papler å nacken och hakan. Barnet artade sig i allo väl och visade inga symptom af syfilis. Utskrefs d. 17/9. Modern fick ingen specifik behandling.

Fall 97.

Modern 21-30 år; **g.**; inf. 1 1/2-2 år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 2 gr. kvicksilfverjodur; ville ej stanna; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnets** observationstid 1-2 månader; utskr. dödt.

Fem friska barn före infektionen. Smittad af sin äkta man i slutet af 1874. Inkom d. 10/4 77, hafvande i 9:e månaden. Fosterrörelser vanligen svaga, fosterljud normalt. Fick å BB d. 2/5 en fullgången flicka, som uppföddes vid flaska. Fostrade sig till en början tämligen bra, men fick i 2:a månaden enterokolit och subkutana abscesser. Afled d. 30/6. Vid obduktionen endast tecken till tarmkatarr. Modern hade vid inkomsten några muköa papler, som försvunno under puerperium. Placenta af något växlande tjocklek, men substansen frisk utom några små infarkter. Kort efter öfvergången på kakan ett par små gulhvita fläckar å venens intima.

Fall 98.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. 1-1 1/2 år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 60, efter 4-5 månader 30 kvicks.-piller af läkare i staden; *under hafvandesk.:* i 8:e och 9:e månaden 39 smörjningar.

Smittad af **barnfadern? Ok. Barnets** observationstid 2-3 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska Inkom d. 21/3 1878 hafvande i 8:e månaden, hade talrika muköa papler å vulva. Fick å BB d. 30/4 en fullgången, något liten flicka,

som diade modern. Placenta frisk med frånseende af två mindre infarkter invid serotina. Barnet fostrade sig väl och var utan symptom af syfilis. Utskrefs d. 25/7. Skall hafva hållit sig frisk till 6 månaders ålder men då dött å BH af lunginflammation.

Fall 99.

Modern u. 21 år; **og.**; inf. **1-1**1/2 år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 20 smörjningar i C.; *under hafvandesk,:* i 5:e och 6:e månaden nära 5, i 8:e och 9:e 3 1/2 gr. kvicks.-jodur.

Smittad af **barnfadern? Nej. Barnets** observationstid 3-4 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Inkom d. 25/11 81 hafvande i 4:e månaden, hade muk̈osa papler å vulva och papulös syfilid sedan kort tid. Fosterrörelser i sinom tid normala. Fosterljudet i allmänhet långsamt, gick ofta ned till 114 i minuten. Äfven moderns puls vanligen långsam. Kraftig kvinna. Fick å BB d. 4/5 82 en fullgången flicka, som diade modern. Placenta timglasformad, frisk till parenkym och kärl. Barnet artade sig synnerligen väl. Utskrefs d. 8/8. Afled inom kort af »diarré».

Fall 100.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. **1-1**1/2 år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 3 gr. kvicksilfverjodur; *under hafvandesk.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Nej. Barnets** observatidnstid 3-4 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Fick å Pro Patria d. 24/9 89 en nära fullgången gosse. Vid inkomsten d. 8/10 lemningar efter mukösa papler hos modern, som ammade sitt barn. Detta var väl utveckladt och företedde under härvaron inga tydliga tecken till syfilis. Utskrefs friskt och knubbigt d. 23/1 90. Modern fick kvicksilfverjodur under 6 veckor.

Fall 101.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. **1-1**1/2 år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 3 gr. kvicksilfverjodur och några månader därefter 4 calomelinjektioner; *under hafvandesk.:* i 6:e—9:e månaden 10 thymolkvicksilfverinjektioner, de 4 sista hvarannan vecka.

Smittad af **barnfadern? Nej. Barnets** observationstid 3-4 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Smittad hösten 1888 och snart här vårdad 2 gånger. Inkom d. 5/4 90, hafvande i 6:e månaden, hade mukösa papler och angina papulosa. Fick å BB d. 17/7 efter tångförlossning en fullgången och stor gosse; kunde ej amma. Placenta företer en ganska betydlig atrofi å en randdel af 10 cm:s längd, substansen i öfrigt utan anmärkning. I bägge nafvelsträngsartererna förefinnes en ej obetydlig endarterit i en utsträckning af 3—4 cm. från kakan; bägge sända grenar till det atrofiska partiet; venen utan förändring. Barnet hade tidtals ojämn afföring men fostrade sig i det hela bra. Mjälten kändes något litet under refbensranden. Utskrefs ganska väl närdt och utan att hafva visat tydliga tecken på syfilis d. 22/10. Skall hafva varit friskt till i mars 1891, då det fick någon lungsjukdom och snart afled.

Fall 102.

Modern 21-30 år; og.; inf. 1-1 1/2 år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 30 smörjningar; 1/2 år därefter 21 smörjningar; *under hafvandesk.:* i 3:e och 4:e månaderna 6 thym.-kv.-inj.

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** **Barnets** observationstid 2-3 månader; utskr. symptomfritt.

Ett friskt ännu lefvande barn före infektionen. Smittad hösten 1893 och snart nog här vårdad, likasom sommaren 1894, då hon aborterade (afd. I, 9). Åter hafvande i april 1895, led af svår hufvudvärk och behandlades å sjukhusets poliklinik. Fick d. 8/1 96 en fullgången flicka, som till en början diade modern. Vid inkomsten d. 3/3 modern symptomfri, medan barnet hade en utbredd intertrigo men var fritt från syfilitiska symptom och snart tillfrisknade med lokala medel. Utskrefs d. 7/4 med modern, som genomgått en smörjkur.

Fall 103.

Modern 31-40 år; g.; inf. 1/2-1 år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 30 smörjningar; *under hafvandesk.:* i 4:e och 5:e månaden 4 gr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** **Barnets** observationstid under 1 månad; utskr. symptomfritt.

Fyra barn i äktenskapet före infektionen. Smittad sommaren 1881 å ena bröstvårtan af eget dibarn, som blifvit inficieradt af en inneboende kvinna. Modern och barnet vårdades å SH samma års höst, mannen och tre andra barn, som efter hand fått syfilis, sommaren och hösten 1882. Åter hafvande i maj 1882, intogs å SH d. 1/9 och hade då mukösa papler å vulva. Utskrefs d. 8/11, födde i hemmet d. 3/3 83 ett fullgånget och friskt barn, såsom modern efter kortare tid omtalade.

Fall 104.

Modern 31-40 år; g.; inf. 1/2-1 år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 6 thymolkvicksilfverinjektioner; *under hafvandesk.:* i 9:e månaden 1 thymolkvicksilfverinjektion, då partus påkom.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnets** observationstid 2-3 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska (?). Smittad i slutet af 1890 och snart här vårdad. Inkom kort före partus d. 23/5 91 med muköso papler å genitalia; hade psoriasis vulgaris. Fick å BB d. 27/5 en fullgången flicka, som diade modern. Placenta utan anmärkningsvärd förändring. Barnet fostrade sig väl, visade ej symptom af syfilis och utskrefs d. 29/7. Modern genomgick smörjkur. Barnet lefde i januari 96, ständigt friskt.

Fall 105.

Modern 31-40 år; g.; inf. under 1/2 år före konc. *Behandl.:* före konc. 0; *under hafvandesk.:* i 2:a och 3:e månaden 44 smörjningar; i 6:e och 7:e 30 smörjningar.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnets** observationstid 3-4 månader; utskr. symptomfritt.

Förut 3 friska barn med sin man. Smittad af honom kort före sista konceptionen inkom hon d. $^{2}/_{9}$ 71 med mukösa papler, angina, adenit, hvartill snart kom en miliär papulös syfilid, som blef envis. Fosterrörelser d. $^{15}/_{12}$, De höllo sig svaga under hela tiden. Fosterljud normalt. Fick å BB d. $^{15}/_{5}$ en fullgången men något liten flicka, som diade modern under de två första månaderna. Barnet fostrade sig bra och höll sig friskt. Utskrefs d. $^{26}/_{8}$. Lefde ännu friskt efter 2 år.

Fall 106.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. under $^{1}/_{2}$ år före konc. *Behandl.:* före konc. **0**; *under hafvandesk.:* i 9:e månaden 15 smörjningar.

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnets** observationstid 3-4 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Någon tid före konceptionen utslag å genitalia, som sedan fortfarit. Vid inkomsten d. $^{11}/_{3}$ 72 talrika mukösa papler, papulös angina och betydlig adenit. Fick å BB d. $^{20}/_{3}$ en fullgången flicka, som endast en kort tid ammades af modern. Artade sig väl och företedde ej symptom af syfilis. Utskrefs d. $^{8}/_{7}$.

Fall 107.

Modern u. 21 år; **og.**; inf. under $^{1}/_{2}$ år före konc. *Behandl.:* före konc. **0**; *under hafvandesk.:* i 2:a och 3:e månaden 35, i den 5:e och 6:e 16 smörjningar.

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnets** observationstid under 1 månad; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Inkom d. $^{18}/_{8}$ 81 hafvande i början af andra månaden, hade talrika mukösa papler å och kring genitalia, som hon haft ett par månader. Utgick före partus. Fick å BB d. $^{18}/_{4}$ 82 en fullgången gosse. Placenta frisk. Inkommo d. $^{27}/_{4}$. Barnet fostrade sig väl, fastän modern hade otillräcklig mjölk. Modern tvingade sig ut d. $^{10}/_{5}$. Barnet afled snart af okänd sjukdom.

Fall 108.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. under $^{1}/_{2}$ år före konc. *Behandl.:* före konc. **0**; *under hafvandesk.:* i 2:a och 3:e månaden 7 thymolkvicksilfverinj:r; i 8:e och 9:e månaden 8 dylika injektioner.

Smittad af **barnfadern? Nej. Barnets** observationstid 3-4 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Secundaria kort före konceptionen. Vid första härvaron förbisågs graviditeten. Vid andra inkomsten d. $^{25}/_{1}$ 1890 mukösa papler, angina m. m. Fosterrörelser och fosterljud normala. Fick å BB d. $^{27}/_{3}$ en fullgången gosse, som diade modern. Placenta frisk i öfrigt, företer talrika större och mindre förtätningar öfver chorion. Barnet fostrade sig synnerligen väl och var vid utskrifningen d. $^{12}/_{7}$ ett riktigt praktexemplar. Afled kort därefter å BH af barnkolera.

Fall 109.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. under $^{1}/_{2}$ år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet och kort före konc. 6 thymolkvicksilfverinjek-

tioner; *under hafvandesk.:* i 5:e och 6:e månaden 35 smörjningar.

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** **Barnets** observationstid 1-2 månader; utskr. symptomfritt.

Före infektionen ett friskt ännu lefvande barn. Smittad vid jultiden 1889 och här vårdad följande vår. Snart därefter hafvande. Vid inkomsten d. $^{20}/_{9}$ 90 mukösa papler, roseol m. m. Fick å BB d. $^{12}/_{2}$ 91 en fullgången flicka, som diade modern. Placenta företer en tämligen betydlig allmän kalkafsättning och en liten infarkt, men är annars frisk. Barnet fostrade sig väl, men modern utgick redan d. $^{31}/_{3}$.

Fall 110.

Modern u. 21 år; **og.**; inf. under $^{1}/_{2}$ år före konc. *Behandl.:* vid första anfallet 35 smörjningar; ny behandling en knapp månad därefter med 6 thym.-kv.-inj:r och jodkalium; *under hafvandesk.:* i 4:e och 5:e månaden 4 thym.-kv.-inj:r + jodkalium; i 7:e och 8:e 30 smörjningar.

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** **Barnets** observationstid 4-6 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Vid första inkomsten den $^{30}/_{12}$ 1894 primäraffekt och lindriga secundaria. Kort efter behandlingens slut sparsamma lentikulära papler i ansiktet och snart ulcererande hudtuberkler därstädes och å högra skulderregionen; behandlad å sjukhusets poliklinik. Koncipierade under denna tid. Vid inkomsten d. $^{23}/_{9}$ ärr å dessa ställen med ytliga skorpbeklädda sår i ränderna. Det å skuldran ganska stort, keloidlikt. Kvinnan är välbygd och af friskt utseende. Utgick d. $^{24}/_{10}$ men återkom d. $^{13}/_{12}$ med nya sårnader i randen af ärren. Fick å BB d. $^{2}/_{1}$ 96 en fullgången gosse. Placenta utan anmärkning. Barnet diade modern, som hade riklig mjölk, fostrade sig väl samt utskrefs friskt och frodigt d. $^{3}/_{6}$.

Afdelning II.

Modren smittad samtidigt med konceptionen eller nära denna tid.

A. Barnen dödfödda.

Fall 1.

Modern 31-40 år; **og.** *Behandl.:* **0.**

Fostret i 7:e månaden.

Förstföderska. Hafvande och, som hon med säkerhet tror, samtidigt smittad, kort före jul 1869. I 5:te veckan därefter hudlösheter å vulva, kring midten af mars utslag å kroppen, hufvudvärk och mattighet. Vårdad å annat sjukhus d. $^{3}/_{4}$—$^{21}/_{6}$ antagligen utan kvicksilfver. Kände fosterrörelser sista gång d. $^{22}/_{6}$. Fick å BB d. $^{2}/_{7}$ ett dödt foster. Vid inkomsten å SH d. $^{12}/_{7}$ mukösa papler å genitalia, papulös syfilid, allmän måttlig adenit.

Fall 2.

Modern u. 21 år; **og.** *Behandl.:* **0.**

Fostret i 8:e månaden.

Förstf. Osäker i uppgifterna. Antagligen smittad samtidigt med konceptionen eller omkr. denna tid i januari 1871, secundaria i början af april. Vid inkomsten d. $^{13}/_{6}$ mukösa papler å genitalia, papulös angina, adenit. Utskrefs d. $^{29}/_{7}$ och fick å BB d. $^{22}/_{8}$ ett dödt foster; hade ej känt rörelser under de två sista dagarna.

Fall 3.

Modern u. 21 år; **og.** *Behandl.:* I 3:e månaden 1 gram kvicksilfverjodur; i den 6:e 16 smörjningar.

Fostret i 9:e månaden.

Förstf. Vid inkomsten d. $^{29}/_{8}$ 1871 hafvande i andra månaden. Hade en större och flere mindre, enkla schankrar å vulva. Den förra visade sig vara en chancre mixte. Fick efter någon tid mukösa papler och angina papulosa. Började behandlas, men kunde ej förmås att stanna. Återkom i 6:e månaden. Äfven nu behandlingen kort, enär hon var klen och hade digestionsstörelser. Fick å BB d. $^{26}/_{11}$ ett fullgånget macereradt foster. Rörelser kändes ännu d. 20. Kvinnan fick en svårartad syfilis.

Fall 4.

Modern 31-41 år; **og.** *Behandl.:* I 5:e och 6:e månaden 4 gram kvicksilfverjodur; i den 8:e och 9:e nära 3 gram.

Fostret i 9:e månaden.

För $2^{1}/_{2}$ år sedan en frisk, ännu lefvande gosse. Sista regleringen i september 1879, i oktober sår i vänstra lab. majus och i slutet af november

utslag å genitalia och kroppen i öfrigt, Vid inkomsten d. $^{10}/_{1}$ 1880 talrika och stora, mukösa papler å vulva, däribland en på platsen för det första såret, roseol å bålen, måttlig adenit. Fosterrörelserna, som förut varit kraftiga, blefvo under hela sista månaden svaga och sällsynta. Fosterljudet, af vanlig frekvens, iaktogs dagen före förlossningens början. Fick å BB d. $^{25}/_{5}$ ett dödt foster af 45 cms längd. Placenta, tämligen stor och tung, företer en allmän, måttlig, villös placentit, mest i öfre delen. Nafvelsträngens kärl friska. Fostrets mjälte betydligt förstorad och fästad vid omgifningen. Talrika eckymoser i pleura. I öfrigt ingenting att anmärka.

Fall 5.

Modern u. 21 år; og. *Behandl.:* I 3:e och 4:e månaden $4^1/_3$ gram kv.-jodur.

Fostret i 5:e månaden.

Förstf. Prostituerad. Sista regleringen i början af januari 1882. Vid inkomsten d. $^{22}/_{3}$ primär affektion och adenit i ljumskarna. Den $^{17}/_{3}$ roseol. Fick d. $^{27}/_{5}$ å BB ett macereradt foster.

Fall 6.

Modern 21-30 år; og. *Behandl.:* I 7:e och 8:e månaden pil. hydrarg. under 3 veckor före fostrets död.

Fostret i 8:e månaden.

Förstf. Hafvande, som hon tror, d. $^{9}/_{9}$ 1882, men samlag med barnfadern både kort förut och efteråt. I midten af oktober utslag vid anus och snart å vulva. Vid inkomsten d. $^{9}/_{3}$ 83 talrika mukösa papler å nämnda ställen, papulös angina, allmän måttlig adenit. Fosterrörelser och fosterljud normala. Kvinnan började snart klaga öfver spänning i buken och tryckning nedåt, medan lifmodren ofta kändes hård. Vi gåfvo några gånger $1^1/_3$ cgr morfin till natten, sednast d. $^{28}/_{3}$, då dessa fenomen voro synnerligen framträdande. Fosterrörelserna under denna dag oroliga, fosterljudet på middagen kraftigt 144—150. Följande dag kände kvinnan inga rörelser, och vi kunde ej höra fosterljud. Fick å BB d. $^{14}/_{4}$ ett macereradt foster. Placenta 17 och 11 cm., något tunn och blek; kärlen friska. Fosterkroppen utan makroskopiska förändringar.

Fall 7.

Modern 21-30 år; og. *Behandl.:* I 6:e och 7:e månaden 3 gram kv.-jodur.

Fostret i 8 månaden.

Förstf. Sista regleringen och samlaget omkring midten af mars 1884. Någon tid därefter hudlösheter å vulva, hvilka åter minskades. Nytt utslag därstädes i slutet af maj, hvilket kvarstått. I augusti utslag å bål och extremiteter. Vid inkomsten d. $^{8}/_{9}$ talrika mukösa papler å vulva, lentikulär, papulös syfilid, måttlig allmän adenit. Fosterrörelser och fosterljud utan anmärkning. Utgick före partus och fick d. $^{21}/_{11}$ ett dödt foster, hade ej känt rörelser under sista veckan.

Fall 8.

Modern 21-30 år; og. *Behandl.:* I 3:e och 4:e månaden omkring 3 gram kv.-jodur af D:r L.; i den 6:e och 7:e 11 sublimatinjektioner à 1,5 cgm.

Fostret i 7:e månaden.

Förstf. Sista regleringen i början af september 1885. Från d. 12/11 skött af läkare för ett sår i vulva, som hon haft i flere veckor. Den 21/11 roseol och någon tid därefter papulös angina. Vid inkomsten d. 9/3 1886 mukösa papler och adenit. Fosterrörelser och fosterljud normala. Efter 11:e injektionen dog barnet hastigt. Fick å BB d. 22/3 ett macereradt foster. Placenta företer en ojämn blodfördelning, substansen lucker och frisk. Alla nafvelsträngens kärl hafva i en utsträckning af 3—4 cm. från kakan hvitaktiga något förtjockade väggar. I fosterkroppen inga tydliga förändringar.

Fall 9.

Modern 21-30 år; **og.** *Behandl.:* I 6:e—8:e månaden 5 calomelinjektioner, den sista 3 veckor före partus.

Fostret i 9:e månaden.

Ett friskt barn 8 månader före sista konceptionen. Sista regleringen i början af april 1887. Kort efter midsommar utslag å genitalia och snart å andra kroppsdelar. Vid inkomsten d. 12/9 mukösa papler, ymnig papulös syfilid, papulös angina, adenit i ljumskar, nacke m. m. Fosterrörelser och fosterljud normala, Under mer än 2 veckor före partus erfor kvinnan emellanåt småvärkar och uterus kändes hård. Fosterljudet höll sig vid 126—138, undersöktes ej de sista dagarna. Kvinnan kände rörelse ännu d. 2/12. Fick d. 4/12 å BB ett dödt foster. Placenta 16 och 16, företer å öfre delen och mot midten af kotyledonerna villös placentit, tre infarkter i ett något atrofiskt parti af randen, nafvelsträngens kärl friska. Fosterkroppen af 46 cms längd, utan tydliga förändringar.

Fall 10.

Modern 31-40 år; **og.** *Behandl.:* I 5:e och 6:e månaden 6 injektioner med 5 cgr oxid. hydr. flav.; fostret var möjligen redan dödt vid behandlingens början.

Fostret i 6:e månaden.

Fyra barn i äktenskap, nu konkubin. Sista regleringen i juni men kanske hafvande sedan maj 1888. Fram emot slutet af juli sårnad i öfversta delen af vänstra låret, i början af september utslag å vulva. Vid inkomsten d. 20/10 å insidan af vänstra lårets öfversta del en mer än 2-örestor, rundad, gråbrun fläck, lätt upphöjd å randen, som fjällar, mukösa papler å vulva, papulös angina, ej obetydlig adenit i begge ljumskarne, nacke m. m. Kort före inkomsten hade hon börjat känna små fosterrörelser, men därefter inga tydliga rörelser, och vi hörde intet fosterljud. Fick å BB d. 1/12 ett macereradt foster af 30—31 cms längd. Möjligen har fostret lefvat någon tid efter hitkomsten. Placenta och fosterkropp utan förändring.

Fall 11.

Modern 21-30 år; **og.** *Behandl.:* I 6:e—8:e månaden 3 gram kv.-jodur med afbrott för lindrig stomatit.

Fostret i 8:e månaden.

Förut ett friskt, ännu lefvande barn. Sista regleringen kring midten af november 1888. Under själfva juldagarna sårnad i perinæum. Från midten af januari till midten af februari allmänt illamående och hufvudvärk; låg hela tiden. Härunder utslag å vulva och kring anus. Vid inkomsten d. 24/4 89 rest efter primäraffektion i form af ett svagt upphöjdt infiltrat, talrika mukösa papler å nämnda ställen, ringa adenit å ljumske, hals m. m. Foster-

rörelser och fosterljud normala till d. 29/6, då de förra började blifva svaga, medan kvinnan erfor en jämn spänning i buken. Den 1/7 inga rörelser, och fosterljud hördes ej. Abort på väg till BB d. 4/8. Kvinnan hade under tiden funnit sig väl. Placenta och fosterkropp skola ej hafva företett något patologiskt.

Fall 12.

Modern 21-30 år; **og.** *Behandl.:* I 7:e månaden 2 thymol. kv. injektioner, då fostret dog.

Fostret i 7:e—8:e månaden.

Förstf. Sista regleringen i början af maj 1889. I slutet af samma månad sårnad å vulva, hvilken länge kvarstod. Först i augusti utslag vid anus och därefter å vulva. Vid inkomsten sammanflytande mukösa papler i perinæum och kring anus, erosioner å de ödematösa labia majora, katarral angina, måttlig adenit. Fosterrörelser och fosterljud till en början normala. Den 7/12 blefve de förra svaga och bägge upphörde d. 9. Kvinnan, som då fått 2 thym. kv.-injektioner, fortsatte kuren och fann sig väl. Fick å BB d. 24/1 ett starkt macereradt foster af 38—39 cms längd. Placenta 14 och 11½ cm., i midten två cm. tjock, afsmalnande mot ränderna, tung, å öfre delarna blek, tät och tydligen säte för villös placentit. Nafvelsträngens kärl friska. Fosterkroppen företer kanske en ringa osteokondrit.

Fall 13.

Modern 21-30 år; **og.** *Behandl.:* I 4:e och 5:e månaden 6 thym. kv.-injektioner; i 7:e och 8:e 8 injektioner, de två sista hvarannan vecka.

Fostret i 9:e månaden.

Förstf. Sista regleringen i slutet af oktober 1890. Utslag vid genitalia och omgifningen i början af januari 1891. Vid inkomsten d. 13/2 mukösa papler å vulva och vid anus, roseol, papulös angina, adenit i ljumskar m. m. Fosterrörelserna till en början normala, sedan mycket växlande i styrka och frekvens, kändes sista gång d. 21/6. Fosterljudet jämnt och rent hela tiden, vanligen 144—150, hördes ännu den 24. Fick å BB d. 12/7 ett macereradt foster. Placenta rund, 16 cm., helt tunn, isynnerhet å ena halfvan; substansen blodfattig men lucker. Den ena arteren innehåller vid öfvergången på kakan en affärgad tromb, dess inre yta hvitgul och väggen förtjockad. Den andra arteren normal. Venen företer en mindre, hvitgul, lätt upphöjd fläck. Fosterkroppen ej undersökt.

Fall 14.

Modern 21-30 år; **og.** *Behandl.:* 0.

Fostret i 6:e månaden.

Förstf. Sista regleringen i februari 1891, i maj utslag å genitalia och bålen. Fick å BB d. 7/8 ett dödt foster. Vid inkomsten d. 14/8 rester efter papler å vulva, roseol, adenit.

Fall 15.

Modern 12-30 år; **og.** *Behandl.:* I 5:e och 6:e månaden 35 smörjningar.

Fostret i 7:e månaden.

Förstf. Sista regleringen i midten af oktober 1892. En af dagarna före jul utslag å genitalia, som sedan förefunnits. Vid inkomsten d. $^{17}/_{2}$ 93 mukösa papler å vulva, faryngit., adenit å ljumskar, nacke m. m. Fosterrörelser och fosterljud normala. Utgick d. $^{30}/_{3}$ men återkom den $^{5}/_{4}$. Oaktadt hon var symptomfri, hade vi tänkt återtaga behandlingen d. $^{8}/_{5}$, men den 4 upphörde fosterrörelser och fosterljud. De förre hade varit något svaga de närmaste dagarna. Fosterljudet hördes den 3 normalt, 150. Kvinnan fann sig väl och fick å BB d. $^{21}/_{5}$ ett macereradt foster. Placenta, i öfrigt frisk, företer en mindre randinfarkt och några små delvis affärgade blodcoagula i massan. Kärl och hinnor friska. I fosterkroppen en betydlig osteokondrit.

Fall 16.

Modern 21-30 år; **g.** *Behandl.:* I 5:e och 6:e månaden 30 smörjningar (påstrykning) à 4 gr.

Fostret i 9:e månaden.

Förut 4 barn i äktenskapet, hvaraf de två äldsta lefvande och friska, de öfriga döda af olika sjukdomar. Åter hafvande i augusti 1893 fick hon efter någon tid en ansvällning och sår å högra labium majus, i midten af november utslag å vulva, som hastigt ökades. Vid inkomsten å SH d. $^{13}/_{1}$ 1894 tallösa mukösa papler å vulva och bakåt anus, svagt roseol å bålen, papulös angina, måttlig adenit i ljumskarna, ringa annorstädes. Fosterrörelsen som vid förra hafvandeskapen; fosterljud normalt. Utgick symptomfri d. $^{16}/_{2}$. Fick d. $^{16}/_{5}$ ett dödt gossebarn, som ansågs fullgånget. Hade ej känt rörelser under sista veckan.

Fall 17.

Modern 21-30 år; **og.** *Behandl.:* **0.**

Fostret i 8 månaden.

Förstf. Det första och smittande samlaget d. $^{4}/_{7}$ 1893, då hon blef hafvande. I september utslag å genitalia, som sedan kvarstått. Fick d. $^{11}/_{3}$ 94 en dödfödd flicka. Rörelserna hade upphört dagen förut. Vid inkomsten d. $^{20}/_{3}$ talrika mukösa papler i vulva och lårvecken, adenit i ljumskar och annorstädes. Genomgick smörjkur och utskrefs d. $^{29}/_{3}$.

Fall 18.

Modern 21-30 år; **og.** *Behandl.:* I 4:e och 5:e månaden 3 thymolkvicksilfver-injektioner och 2 gr. kvicksilfver-jodur.

Fostret i 7—8 månaden.

Förstf. Sista regleringen i slutet af juni 1894. Framemot slutet af september utslag å bålen. Under någon tid förut klåda i vulva. Vid inkomsten d. $^{11}/_{10}$ ansvällning och någon hårdnad å vänstra lab. min., ymnigt roseol å bål och extremiteter, en större körtel i vänstra ljumsken, flere små i bägge, några å halsens sidor m. m. Den $^{23}/_{11}$ hördes första gången fosterljud, kvinnan kände rörelser d. 27. De höllo sig svaga, fosterljudet normalt, hördes d. $^{31}/_{12}$ 140 i minuten. Under följande natt kände kvinnan ringa eller inga rörelser, och d. $^{1}/_{1}$ 95 kunde hvarken rörelser eller fosterljud uppfattas. Kvinnan fann sig väl och fick d. $^{17}/_{1}$ å BB ett macereradt foster. I fosterkroppen inga makrosk. förändringar. Placenta långsträckt, 14 och 7—10 cm., i allmänhet tunn, isynerhet å midtelpartiet, hvars ränder äro atrofiska. Substansen i öfrigt blek men lucker; kärlen friska.

B. Barnen ofullgångna, svaga eller vid födelsen företeende symptom af syfilis.

Fall 19.

Modern 21-30 år; og. *Behandl.:* 0.

Barnet utskr. dödt.

Förstföderska. Hafvande i augusti 1874 fick hon i tredje månaden utslag vid anus och dess omgifning. Framfödde å BB d. $^{13}/_{5}$ 1875 en gosse, som ansågs fullgången men redan vid födelsen företedde ett upphöjdt, rödfläckigt utslag å kroppen, som ökades under följande dagar. Vid inkomsten å SH d. $^{20}/_{5}$ hade modern talrika torra, slappa papler vid anus och perinæum samt ringa adenit. Kraftig kvinna: fann sig väl efter förlossningen och hade god mjölktillgång. Barnet hade ett särdeles ymnigt, upphöjdt, ej fjällande erytem öfver hela kroppen med dels diskreta, vanligen 10—25-örestora, ofta i periferien mörkare, ej sällan i midten insänkta efflorescenser, och dels större och mindre in formam gyratam sammanflytande fläckar, medan händer och fötter visade en allmän intensiv rodnad. I ansiktet var utslaget rikligt, disseminеradt. Det hela tycktes vara ett typiskt fall af erythema multiforme generale (Hebra). Gossen var orolig, hade snufva och ojämn afföring. Natten till den 21 påkom en ringa blödning från nafveln, som fram på dagen blef ymnigare. Vi försökte hämma den med järnkloridlösning och tryckförband, men förgäfves. Blödningen fortfor, och barnet afled samma dag på aftonen. Genom en olycklig tillfällighet aflägsnades detsamma före obduktionen.

Fall 20.

Modren 21-30 år; og. *Behandl.:* 0.

Barnet utskr. dödt.

Förstf. Sista regleringen i januari 1880. I april eller slutet af mars fläckar å kroppen och utslag vid genitalia. Utslaget försvann på försommaren men återkom i juli. Vid inkomsten d. $^{8}/_{9}$ miliär, papulös syfilid och mukösa papler å vulva. Värkar påkommo hastigt den $^{17}/_{9}$, och hon fick å SH ett litet foster, antagligen i början af 9:e månaden, som å händer och fötter hade flere pemphigusblåsor. Barnet ville ej dia och afled följande dag. Vid obduktionen funnos i bakre delarna af lungornas både öfre och nedre lober inalles 19—20 ärtstora, än isolerade, än i grupp stående härdar. I snittet träda de fram öfver den insjunkande omgifningen, förete en smal periferisk injektionszon, en rödgrå eller mera grå yta, vanligen med gulaktiga punkter och strimmor i midten — tydligen gummata. Deras konsistens likformig och fast. Mjälten ej obetydligt förstorad, blodrik. I öfriga organ ingenting att anmärka.

Fall 21.

Modern 21-30 år; og. *Behandl.:* I 3:e och 4:e månaden $4^{1}/_{3}$ gr. kvicksilfverjodur.

Barnet utskr. dödt.

Prostituerad. Förut ett friskt, ännu lefvande barn. Sista regleringen i mars 1882. Vid inkomsten d. $^{20}/_{5}$ primäraffektion, roseol, mukösa papler m. m. Utgick d. $^{18}/_{8}$, men återkom d. $^{20}/_{11}$ med erosioner å vulva och ett svagt roseol. Fosterrörelser och fosterljud utan anmärkning. Fick å BB d. $^{28}/_{11}$ en klen gosse, antagligen i början af 9:e månaden, vägde endast 2 kilo. Han tycktes taga sig men fick enterokolit och afled d. $^{6}/_{1}$ 83. Vid obduktionen endast tecken på en kronisk kolit. Placenta utan anmärkningsvärd förändring.

Fall 22.

Modern 21-30 år; og. *Behandl.:* 0.

Barnet utskr. dödt.

Förstf. Osäker i uppgifterra. Några månader efter konceptionen utslag å vulva, som försvann men återkom och sedan kvarstått. Fick å SBB d. 9/10 1883 en flicka, omkring en månad för tidigt. Vid inkomsten å SH d. 19/10 hade modern flere, nu torra papler å vulva, angina, och ringa allmän adenit. Barnet, litet och svagt men symptomfritt, diade modren. Sedan det varit oroligt några dagar, visade sig sparsamma brunaktiga låga papler kring munnen och snufva. Snart uppträdde ett papulöst utslag öfver större delen af kroppen och mjälten ansvälde. Ord. hydr. c. cret. Gick utför och afled d. 19/11. Vid obduktionen fans en stor mjälte och någon osteokondrit.

Fall 23.

Modern 21-30 år; og. *Behandl.:* 0.

Barnet utskr. dödt.

Förut ett friskt, ännu lefvande barn. Hafvande sist i juli eller i början af augusti 1884. I oktober utslag å genitalia och snart därefter fläckigt utslag å bålen. Hafvandeskapet som det föregående. Fick å BB d. 24/3 1885 en flicka, kring 6 veckor för tidigt. Vid inkomsten d. 1/4 företer modern en samling torra papler å labia majora och måttlig allmän adenit. Barnet, atrofiskt, kunde ej dia, låg mest tyst med knappast märkbar respiration, och afled d. 16/1. Vid obduktionen inga makroskopiska förändringar.

Fall 24.

Modern 21-30 år; g. *Behandl.:* I 8:e månaden 2/3 gr. kvicksilfverjodur, då partus påkom.

Barnet utskr. dödt.

Förstf. Antagligen hafvande i oktober 1886. Kort före jul utslag å genitalia, som sedan altjämt funnits. Vid inkomsten d. 1/6 talrika och stora muköss papler å och omkring genitalia, roseol, angina, adenit i ljumskar m. m. Fosterrörelserna till en början lifliga, blefvo d. 6 svaga och kändes ej de två sista dagarna. Fosterljud d. 8/6 kring 180, under följande dagar ej räkneliga. Fick å BB. d. 11 en ofullgången gosse, som tycktes vara död vid födelsen, hämtade sig men afled efter 17 timmar. Placenta, stor för barnets ålder och tung, företer en allmän måttlig villös placentit mest å öfre delarna. Nafvelsträngens kärl friska. I fosterkroppen, som är 40 cm. lång, träffas en stor mjälte och en tämligen betydlig osteokondrit.

C. Barnen vid födelsen fullgångna eller nära fullgångna och symptomfria, under observationstiden syfilitiska.

Fall 25.

Modern 21-30 år; og. *Behandl.:* I 7:e och 8:e månaden 25 smörjningar.

Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

Förstf. Vårdad å SH för enkel schanker ²⁴/₃—²²/₄ 1869. Snart efter utskrifningen smittad och hafvande, men, såsom hon tror, af olika män. Vid midsommar upphöjdt utslag å vulva. Vid inkomsten d. ⁸/₁₁ talrika muköst papler, roseol, adenit. Fick å BB d. ²⁷/₁ 1870 en liten men frisk flicka, som diade modern och fostrade sig väl till utskrifningen d. ³/₃. Intogs åter den ⁶/₄ och hade missfärgning kring munnen, snufva, heshet, fläckig och papulös syfilid. Ord. hydr. c. creta. Utskrefs d. ¹⁶/₅.

Fall 26.

Modern 21-20 år; og. *Behandl.:* I 3:e och 4:e månaden 30 smörjningar; i den 9:e 18 smörjningar, då partus påkom.

Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. förbättradt.

Förut ett friskt, ännu lefvande barn. Sista regleringen i början af januari 1879. Vid första inkomsten d. ²⁷/₃ muköst papler, papulös syfilid, adenit. Hafvandeskapet förbisågs. Utgick d. ²⁵/₄, men återkom d. ⁴/₉ med liknande symptom. Fosterrörelser tidtals något svaga. Fosterljudet vanligen 120—126, sjönk stundom till 114, ja till 108. Fick å BB d. ²⁵/₉ en nära fullgången men något klen gosse. Placenta utan anmärkning. Barnet, som diade modern, var vid återkomsten till SH något mager, hade torr, fjällande hud, förstorad mjälte och stora fontaneller. D. ¹⁵/₁₀ ord. hydr. c. creta. Efter hand betydlig förbättring. På nyåret ökad mjältsvulst och tarmkatarr. Fostrade sig sedan tämligen bra och utskrefs d. ¹⁹/₆ symptomfri i öfrigt men något mager och med stor mjälte. Den ansenliga mjältsvulsten var det enda tydliga symptomet af syfilis.

Fall 27.

Modern 21-30 år; og. *Behandl.:* I 6:e och 7:e månaden 32 smörjningar.

Symptom hos **barnet** i 1:a månaden. Utskr. dödt.

Förstf. Sista regleringen i mars 1880, då hon hade två samlag kort efter hvarandra. I juni allmänt illamående och utslag i genitalia och underarmarna, i augusti ömmande knölar i pannan. Barnet kvicknade i början af augusti. Vid inkomsten d. ²⁴/₉ klen och matt med talrika muköst papler å genitalia, erythema papulatum, periostit å frontalbenet, allmän måttlig adenit. Fosterrörelser och fosterljud normala. Utgick d. ⁸/₁₁ men återkom d. ²⁸/₁ med sitt 1 månad gamla gossebarn, som företedde betydlig snufva, ragader i munvinklarna samt papulös angina. Ord. hydr. c. creta. Barnet tycktes bättra sig, men fick en lungkatarr och afled hastigt d. ⁹/₂. Vid obduktionen funnos i bägge lungorna flere ärt-bönstora bronko-pnevmoniska härdar och allmän bronkit, höggradig osteokondrit i flere ben och något förstorad mjälte. Vid 8 dagars ålder hade barnet blifvit lemnadt till fostermoder, som blef smittad och inficierade sitt eget barn.

Fall 28.

Modern 31-40 år; og. *Behandl.:* I 4:e och 5:e månaden 30 smörjningar, i den 8:e och 9:e 4 gr. kvicksilfverjodur.

Symptom hos **barnet** efter 3:e månaden. Utskr. förbättradt.

Förstf. Anser sig hafvande och smittad d. ²²/₅ 1881. I augusti utslag å bål och genitalia. Vid första inkomsten d. ⁶/₉ muköst papler, erytem, adenit. Utgick d. ⁷/₁₀, återkom d. ⁶/₁₂ med liknande symptom och angina papulosa. Fosterrörelser och fosterljud normala. Fick å BB d. ¹⁰/₂ 82 en fullgången flicka, som diade modern. Placenta företer talrika, hvita infarkter

dels vid randen, dels högre upp i massan, vanligen i sammanhang med serotina; substansen i öfrigt frisk, likasom hinnor och kärl. Barnet fostrade sig väl. Fram uti maj fick modern nya symptomer af syfilis och sinade. Barnet höll sig hulligt, men hufvudet började väl mycket tilltaga i omfång, medan dess panna blef mera framåthvälfd. Främre fontanellen något stor och spänd med tämligen betydlig veninjektion i omgifningen; barnet bär ej väl upp sitt hufvud. Dess mjälte visade äfven någon förstoring, men andra tecken till syfilis förefunnos ej. Uttogs af modern emot råd den $^{20}/_{6}$. Vägde vid inkomsten 2,2 k., vid utskrifningen 6,2 k. Intogs snart å BH och afled där af hydrocephalus d. $^{20}/_{7}$.

Fall 29.

Modern 21-30 år; **og.** *Behandl.:* I 3:e—5:e månaden 4 gr. kvicksilfverjodur.

Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Förstf. Sista regleringen i slutet af januari 1882. I februari sår och samma dag hon inkom å sjukhuset utslag å kroppen. Vid inkomsten d. $^{18}/_{4}$ primäraffektion å vänstra lab. minus, roseol, angina, adenit. Kvinnans behandling måste mer än en gång afbrytas till följd af recidiverande intermittens. Sedan fostret kvicknat, höllo sig rörelser och fosterljud hela tiden normala. Fick å BB d. $^{8}/_{11}$ en fullgången och kraftig flicka, som diade modern. Fostrade sig till en början väl, men d. $^{8}/_{12}$ började hon blifva orolig, fick snufva och några låga papler i ansiktet, snart en allmän betydlig papulös syfilid å armar och ben, muköse papler vid anus och något förstorad mjälte. Ord. hydr. c. creta. Abscederande adenit vid bägge käkvinklarna, onychi. Höll sig klen, vårdades länge och afled slutligen d. $^{1}/_{8}$ 1884 i tuberculosis pulmonum, lienis, meningum.

Fall 30.

Modern 21-20 år; **og.** *Behandl.:* I 6:e—9:e månaden 2 calomelinjektioner och 4 gr. kvicksilfverjodur.

Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. dödt.

Två år före sista konceptionen ett ofullgånget barn, som afled på tredje dygnet. Åter hafvande i oktober 1887 med en annan man, fick hon under julen ondt i halsen, snart utslag å bål och genitalia. Vid inkomsten d. $^{14}/_{3}$ 88 talrika muköse papler å och kring vulva, roseol, papulös angina, tämligen betydlig adenit i ljumskar, nacke m. m. Fosterrörelserna under de två sista månaderna svaga, fosterljudet normalt, dock växlande i frekvens. Fick å BB d. $^{17}/_{7}$ en fullgången gosse. Placenta med frånseende af en tämligen betydlig kalkafsättning genom hela kakan frisk. Barnet, som var något magert och klent, höll sig utan vidare anmärkning under de första dagarna efter återkomsten till SH, men i början af augusti blef det svagt, fick svårighet vid respirationen och afled d. 10. Vid obduktionen fans intenstitiel hepatit och betydlig blodfyllnad i lungornas bakre nedre delar.

Fall 31.

Modern under 21 år; **og.** *Behandl.:* I 6:e och 7:e månaden 8 thymolkvicksilfverinjektioner à 7 gr. en gång i veckan; därefter 3 injektioner hvarannan vecka.

Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

Förstf. Sista regleringen i april 1891. I förra hälften af juli utslag å bål och genitalia, men vill förut hafva haft hudlösheter i vulva, som för-

svunnit. Vid inkomsten d. 14/9 talrika, mukösa papler å genitalia, roseol, måttlig adenit i ljumskar nacke m. m., analgesi å ett parti af vänstra låret. Fosterörelser och fosterljud normala. Fick å BB d. 25/1 92 en fullgången och kraftig flicka, som diade modern. Fostrade sig i början väl, men i 6:e veckan började hon falla i vikt och blifva orolig, fick efter hand sparsamma, fjällande papler kring munnen, ragader i munvinklarna, snufva och ringa mjältförstoring. Ord. tann. hydrarg. Några subkutana abscesser. Hemtade sig raskt och utskrefs vacker och frodig d. 16/5. Afled snart därefter af »tarminflammation».

D. Barnen symptomfria under observationstiden.

Fall 32.

Modern 31-40 år; g. *Behandl.:* I 5:e och 6:e månaden 25 smörjningar.

Barnets observationstid 3-4 månader; utskr. symptomfritt.

Förut 3 friska barn i äktenskapet. Smittad af mannen, hos hvilken hon såg ett fläckigt utslag. Sista regleringen i april 1870. Framemot midsommartiden utslag å kroppen, förut under någon tid värk i hufvud och armar. Vid inkomsten d. 29/9 papulöst erytem, papulös angina, ringa allmän adenit. Utskrefs d. 12/11 och fick i hemmet d. 27/1 ett fullgånget och friskt barn. Inkom ej på sjukhuset, men jag undersökte barnet d. 1 och 10/5 samt fann det friskt och frodigt. Modern hade då en papulös angina; ord. kvicksilfverjodur.

Fall 33.

Modern 21-30 år: og. *Behandl.:* 0.

Barnets observationstid öfver 6 månader; utskr. symptomfritt.

Friskt ännu lefvande barn för 5 år sedan. Enligt sin öfvertygelse hafvande och smittad d. 12/1 1873. Något efter midten af mars utslag å underarmarne, därefter å andra kroppsdelar, sedan svårt att svälja och i slutet af sommaren värk och svullnad i högra knäleden. Fick d. 15/10 en fullgången gosse. Efter partus minskades symptomen och hon sökte ammtjänst å BH, men skickades därifrån hit. Vid inkomsten d. 31/12 ymnig lentikulär papulös syfilid i olika utvecklingsstadier, pharyngit, allmän men obetydlig adenit. Barnet frodigt, fostrade sig väl och företedde ej minsta symptom af syfilis, diade modren. Denna genomgick en smörjkur. De utskrefvos d. 27/5 74.

Fall 34.

Modern 21-30 år; og. *Behandl.:* I 5:e-7:e månaden 3 2/3 gr. kvicksilfverjodur; under sista månaden jodkalium i små doser.

Barnets observationstid 4-6 månader; utskr. symptomfritt.

Förstf. Sista regleringen i midten af mars 1876. Efter midten af maj utslag å genitalia. Vid inkomsten d. 5/7 mukösa papler å vulva, roseol, ringa adenit i ljumskar och annorstädes. Fosterrörelser och fosterljud normala. Fick å BB d. 16/11 en något liten men frisk flicka, som diade modren. Placenta, med frånseende af tämligen betydlig kalkinkrustation och ett par affärgade, lagrade blodcoagula öfver chorion, frisk. Barnet artade sig väl och höll sig friskt under härvaron. Utskrefs d. 15/5 77.

Fall 35.

Modern 21-30 år; og. *Behandl.:* I 3:e och 4:e månaden 30 smörjningar; i den 8:e och 9:e 29 smörjningar.

Barnets observationstid öfver 6 månader; utskr. symptomfritt.

Förstf. Hafvande i dec. 1877. Vid inkomsten d. 30/1 78 primäraffektion å högra nymfen med ödem i omgifningen och måttlig adenit i ljumskarna. I midten af februari mukösa papler å labia majora, samt därefter roseol och körtelsvulst i nacken. Utskrefs symptomfri d. 13/5, återkom d. 9/8 med muköa papler å vulva. Fosterrörelser och fosterljud normala. Fick å BB d. 26/9 en fullgången gosse. Placenta utan anmärkning. Barnet, som var något magert och måste sättas på artificiel kost, fostrade sig bra. I andra månaden iakttogs en ringa mjältförstoring, men i öfrigt inga tecken på syfilis. Utskrefs frisk och ganska frodig den 12/4 79; mjälten kändes föga. Den 10/4 1880 omtalade modern, att barnet hela tiden varit friskt.

Fall 36.

Modern 21-30 år; og. *Behandl:* I 4:e och 5:e månaden 27 smörjningar, i den 9:e 2 1/3 gr. kv.-jodur.

Barnets observationstid öfver 6 månader; utskr. symptomfritt.

Förstf. Sista regleringen i november 1878. Kring midten af januari utslag å genitalia, som altmera ökades. Vid inkomsten d. 1/3 muköa papler, roseol, angina, måttlig allmän adenit. Utgick d. 16/6 men återkom d. 15/7 symptomfri, för att afvakta nedkomsten. Fick å BB d. 18/8 en fullgången flicka. Denna höll sig frisk till en början, men, då moderns mjölk fram i september blef otillräcklig, föll hon af och utvecklade sig långsamt. Genomgick äfven kikhosta. Symptom af syfilis visade sig ej. Utskrefs d. 13/3 1880.

Fall 37.

Modern 21-30 år; og. *Behandl.:* I 6:e och 7:e månaden 32 smörjningar.

Barnets observationstid 4-6 månader; utskr. symptomfritt.

Ett barn förut, dog vid 7 månaders ålder af akut sjukdom. Sista regleringen på nyåret 1879, i slutet af mars hufvudvärk, utslag å kroppen, därefter å genitalia. Vid inkomsten d. 10/7 talrika muköa papler å och kring genitalia, papulös angina, adenit. Fick å BB d. 24/9 en fullgången gosse, som diade modern, fostrade sig väl och ej företedde något tecken till syfilis. Utskrefs d. 4/2 80. Modern fick under tiden ett nytt anfall af syfilis och genomgick smörjkur. De återkommo d. 10/8, modern med roseol, barnet friskt och skall så hafva varit hela tiden.

Fall 38.

Modern 21-30 år; og. *Behandl.:* I 4:e och 5:e månaden 30 smörjningar, i 8:e och 9:e månaden 17 smörjningar.

Barnets observationstid 3-4 månader; utskr. symptomfritt.

Förstf. Påstår sig samtidigt hafvande och smittad under påsken 1879. I slutet af juni svullnad och sårigheter å vulva. Vid inkomsten d. 15/7 primäraffektion i fossa navicularis, svullnad och exkoriationer å labia majora, roseol, angina, adenit å ljumskar och hals. Utskrefs d. 48/9 men återkom d. 20/10 och

hade då mukösa papler å vulva. Fick å BB d. 19/12 en fullgången flicka. Modern hade otillräcklig mjölk och barnet fick i andra månaden en tarmkatarr men hämtade sig och utskrefs d. 30/3 80, utan att hafva visat symptom af syfilis. Höll sig frisk någon tid, men afled vid 5 månaders ålder af »diarré».

Fall 39.

Modern 31-40 år; og. *Behandl.:* I 4:e och 5:e månaden 3 2/3 gr. kvicksilfverjodur, i den 8:e och 9:e månaden nära 3 gr. af samma medel.

Barnets observationstid 3-4 månader; utskr. symptomfritt.

Förstf. (?) Mindre vetande. Hafvande sedan början af maj. Vid inkomsten d. 7/8 1880 talrika mukösa papler å genitalia och adenit. Utslaget skall hafva funnits någon kortare tid. Utgick men återkom d. 28/12 med mukösa papler och papulös angina. Fick å BB d. 10/2 81 ett fullgånget barn som diade modern. Placenta frisk till parenkym och kärl. Barnet fostrade sig väl, företedde inga symptom af syfilis, utskrefs d. 27/5.

Fall 40.

Modern 31-40 år; g. *Behandl.:* I 5:e och 6:e månaden 3 1/3 gr. kvicksilfverjodur.

Barnets observationstid under 1 månad; utskr. dödt.

Eger 4 barn i äktenskapet, hvaraf 3 lefva. Sista regleringen i början af november 1881. I början af februari ondt i halsen och snart utslag å vulva. Vid inkomsten d. 13/3 svår hufvudvärk, mukösa papler, papulös angina, tämligen ringa adenit. Ville ej stanna längre än till d. 8/4 men fortsatte behandlingen. Fick i hemmet d. 1/8 en flicka, som ansågs fullgången och diade sin moder, fostrade sig väl under 3 veckor, då hon fick en tarmsjukdom och snart afled.

Fall 41.

Modern under 21 år; og. *Behandl.:* I 3:e och 4:e månaden 35 smörjningar, i 8:e och 9:e månaden 40 smörjningar.

Barnets observationstid 3-4 månader; utskr. symptomfritt.

Förstf. Sista regleringen i maj 1883. Vid inkomsten d. 14/7 primäraffektioner (2), papulös syfilid, adenit. Utgick d. 20/9, återkom d. 6/12 med roseol, papulös angina. Fick å BB d. 12/2 84 en fullgången flicka, som diade modern, fostrade sig väl och ej visade något symptom af syfilis. Utskrefs d. 9/6. Utackorderades på landet och dog hösten samma år i okänd sjukdom.

Fall 42.

Modern 21-30 år; og. *Behandl.:* I 4:e och 5:e månaden 35 smörjningar, i den 7:e 30 smörjningar.

Barnets observationstid under 1 månad; utskr. dödt.

Förstf. Påstår sig hafva blifvit hafvande och smittad nyårsnatten 1892. Någon tid därefter sveda å vulva, i början af mars utslag. Vid inkomsten d. 1/4 primäraffektion i fossa navicularis, erythema papulosum, periostit å os frontis, adenit i ljumskar, nacke m. m. Fick å BB d. 29/9 en fullgången gosse,

som diade modern. Placenta företer en betydlig kalkafsättning öfveralt i massan, ett par mindre infarkter, men är i öfrigt frisk till parenkym och kärl. Barnet måste i 4:e veckan sättas på flaska, fick kort därefter en enterokolit och afled d. $^{28}/_{10}$. Vid obduktionen fans en fläckig injektion i tarmkanalen samt en pnevmoni i högra lungans öfre lob. I öfrigt ingenting att anmärka; benen friska.

Fall 43.

Modern 21-30 år; og. *Behandl.:* I 4:e och 5:e månaden 35 smörjningar, i 7:e och 8:e 30 påstrykningar à 4 gr.

Barnets observationstid 3-4 månader; utskr. symptomfritt.

Ett år före sista konceptionen fullgånget barn, som snart afled af någon tarmsjukdom. Åter hafvande i augusti 1892. I början af november utslag å genitalia. Vid inkomsten d. $^{8}/_{12}$ talrika muköss papler å vulva, måttlig adenit i ljumskar m. m. Fick å BB d. $^{15}/_{5}$ en fullgången och kraftig gosse, som diade modern. Placenta frisk med frånseende af en tämligen allmän förtätning öfver chorion. Barnet artade sig väl och visade ej minsta tecken till syfilis. Utskrefs d. $^{6}/_{9}$. Modern fick, fastän symptomfri, smörjkur i juli—augusti.

Fall 44.

Modern 21-30 år; g. *Behandl.:* I 8:e och 9:e månaden 27 smörjningar.

Barnets observationstid 3-4 månader; utskr. symptomfritt.

Förut två barn med sin äkta man. Denne, som är sjöman, var efter flere månaders frånvaro hemma d. $^{24}/_{10}$—$^{7}/_{11}$ 1893. I januari 1894 började kvinnan lida af hufvudvärk och mattighet. Först i början af mars märkte hon utslag å genitalia, men medgifver, att hon ej så noga undersökte sin kropp utan kunnat hafva haft något utslag förut. Vid inkomsten d. $^{8}/_{6}$ 1894 muköss papler å vulva, vid anus och å läpparna, fläckigt, pigmenteradt utslag å armar och ben, adenit i ljumskar, nacke med flere ställen. Fosterrörelser och fosterljud normala. De förra blefvo svagare, sedan en del fruktvatten afgått den $^{13}/_{6}$. Fosterljudet höll sig vid 138—150. Den $^{7}/_{7}$ afgick åter en kvantitet vatten, och d. $^{8}/_{7}$ fick hon å BB en flicka, som ansågs 3 veckor för tidig. Placenta liten men tjock; substansen frisk; nafvelsträngsvenens intima har kort före öfvergången på käken en hvitgul färgning, artererna friska. Vid återkomsten till SH vägde barnet 2,255 kilo, var litet, men artade sig väl och diade modern. Visade inga tecken till syfilis. Utskrefs d. $^{23}/_{10}$; vägde då nära 5 kilo. Modern genomgick smörjkur.

Afdelning III.

Modern smittad under hafvandeskapet.

A. Barnen dödfödda.

Fall 1.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 1:a månaden. *Behandl.:* i 5:e och 6:e månaden 20 sublimatinjektioner à 6 mgr.

Smittad af **barnfadern? Ja. Fostret** i 6:e månaden.

Förstföderska. Sista regleringen i slutet af april 1870. Kring midten af juni sår i vulva, i augusti utslag å genitalia och bålen. Vid inkomsten d. $^{18}/_{9}$ mukösa papler å vulva, roseol, allmän adenit. Fosterrörelser och fosterljud normala. Insjuknade hastigt d. $^{22}/_{10}$ med värk i buken, kräkningar och någon feberrörelse. Återstäldes snart, men efter sagda dag kunde hvarken fosterrörelser eller fosterljud iakttagas. En känsla af tyngd och tryckning nedåt ljumskarna; i öfrigt alt väl. Värkar d. $^{6}/_{12}$; födde följande dag å BB ett macereradt foster.

Fall 2.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 1:a månaden. *Behandl.:* i 4:e och 5:e månaden 2 gr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern? Ja. Fostret** i 5:e månaden.

Förstföderska. Vårdad å annat sjukhus d. $^{26}/_{4}$—$^{15}/_{6}$ 1875 för sår i vulva och suppurerande bubon, efter hvilken fistelgång kvarstod. Kort därefter hafvande. Smittad af samme man, fick hon i slutet af juli åter sår i vulva. Vid inkomsten å SH d. $^{12}/_{8}$ mjukt sår i fossa navic. och några mindre i omgifningen. Snart nya sår och däribland ett å högra nymfen, hvilket blef hårdt, samt adenit i ljumskarna. Den $^{24}/_{9}$ ordinerades kvicksilfverjodur. Då abort d. $^{26}/_{10}$ påkom, hade secundaria ännu ej visat sig, men de uppträdde i början af november, och hon fick en envis syfilis. Inga makroskopiska förändringar i placenta och fosterkropp.

Fall 3.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 1:a månaden. *Behandl.:* i 4:e och 5:e månaden 1 $^{1}/_{2}$ gr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern? Ok. Fostret** i 5:e månaden.

Förstföderska. Prostituerad. Vid inkomsten d. $^{7}/_{10}$ 1880 erosion å modermunnen, adenit, mukösa papler å genitalia, roseol, hvilka sist nämnda symptom stått en kort tid. Abort natten till d. $^{27}/_{10}$. Fosterkroppen af 19—20 cm:s längd, utan upptäckbara förändringar. Placenta 7 + 8 cm. i diameter. Uppifrån sedd är ena halfvan af kakan långt blekare än den andra. Å den förra finnes kring hela randen en förhårdnad eller, om man vill, en infarkt-

bildning, betydligast i midten, där den går 1 1/2 cm. inåt kakan. Å hela detta parti företer serotina en mer eller mindre betydlig förtjockning. Förtätning öfver chorion isynnerhet längs de större kärlen. Moderkakans substans i öfrigt och nafvelsträngens kärl friska.

Fall 4.

Modern u. **21** år; **og.**; inf. i 1:a månaden. *Behandl.:* i 7:e och 8:e månaden 9 injektioner med 5 cgr. ox. hydr. flav., den sista sex dagar före aborten.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Fostret** i 8:e månaden.

Förstföderska. Sista regleringen slutade d. 8/6 1888. Vårdad å SH d. 25/7—5/8 för ett mindre, ej tydligt indureradt sår vid högra Bartholinska körtelns mynning. I början af oktober utslag i vulva och ondt i halsen. Vid inkomsten d. 4/12 talrika muкösa papler å genitalia och vid anus, papulös angina, ringa adenit. Fosterrörelser och fosterljud normala till d. 2/2 89, då småvärkar påkommo, som hon till en början sökte dölja; därefter inga rörelser eller fosterljud. Abort d. 4 å BB. Placenta företer villös placentit i öfre delen af kakan och mest i midten af kotyledonerna, några mindre blodcoagula och en infarkt. Talrika eckymoser i fostrets lungsäckar, annars ingenting att anmärka i fosterkroppen.

Fall 5.

Modern 21-30 år; **og.:** inf. i 1:a månaden. *Behandl.:* i 4:e och 5:e månaden 35 smörjningar.

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** **Fostret** i 8—9:e månaden.

Förstföderska. Sista regleringen i juli 1893 och då hafvande med en frisk person. Några veckor därefter samlag med en annan man. I slutet af augusti sårnad å vulva. I början af oktober utslag å genitalia, som hastigt ökades. Vid inkomsten å SH d. 7/11 diskreta och sammanflytande mukösa papler å vulva, äfven där såret hade sin plats, adenit i ljumskar m. m., roseol, papulös angina. Kraftig kvinna. Fosterrörelser och fosterljud normala. De förra blefvo svaga och sällsynta d. 27/2 94. Följande dag hördes fosterljud som förut 144—150; den därpå följande kunde ingendera iakttagas. Kvinnan fann sig väl. Fick å BB d. 14/3 ett dödt kvinligt foster. Placenta af 17 + 14 cm:s diam. företer två midt emot hvarandra liggande atrofiska randpartier, af hvilka det ena ganska ansenligt, och två infarkter; substansen i öfrigt utan anmärkning. Bägge nafvelsträngsartererna visa betydligt förändrade och förtjockade väggar samt äro förträngda. En till det större atrofiska partiet gående gren är vid afgångsstället fullständigt obturerad genom en fast, gammal tromb. Venen företer endast en mindre något upphöjd, gulhvit fläck å intima. Fosterkroppen utan makroskopisk förändring.

Fall 6.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 1:a månaden. *Behandl.:* i 5:e och 6:e månaden 35 smörjningar.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Fostret** i 9:e månaden.

Förstföderska. Sista regleringen i slutet af september 1893. Sist i oktober sår i vulva. Vid inkomsten d. 11/11 follikulära sår å labia majora och körtelsvulst i bägge ljumskarna. Inokulation från ett af såren gaf positift resultat. Såren läktes tämligen snart med jodoform, men något upphöjda

degiga infiltrater kvarstodo. Utskrefs d. $^{11}/_{12}$ och återkom d. $^{16}/_{1}$ 94 med muköса papler å vulva och papulös angina. Fosterrörelser och fosterljud normala. Utgick d. $^{19}/_{3}$ och fick i hemmet d. $^{18}/_{6}$ ett dödt foster.

Fall 7.

Modern 42 år; **og.;** inf. i 2:a månaden. *Behandl.:* i 7:e och 8:e månaden 30 smörjningar.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Fostret** i 9:e månaden.

Förstföderska (?). Sista regleringen i juni 1871. Utslag å kroppen i slutet af oktober. Vid inkomsten d. $^{27}/_{12}$ muköса papler, papulös syfilid, angina m. m. Fosterrörelser och fosterljud normala. Behandlingen slutade d. $^{10}/_{2}$ 72. Den $^{10}/_{3}$ blefvo rörelserna svaga och upphörde följande dag, då någon blödning från genitalia uppträdde. Fick d. 12 å BB ett nära fullgånget, dödt foster.

Fall 8.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 2:a månaden. *Behandl.:* i 5:e och 6:e månaden 3 gr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern?** **Ok.** **Fostret** i 9:e månaden.

För 3 år sedan ett friskt, ännu lefvande barn. Nu prostituerad. Sista regleringen i augusti 1880. Vid inkomsten d. $^{28}/_{12}$ allmän adenit, muköса papler, roseol, som hon haft någon tid. Utskrefs d. $^{23}/_{2}$ 81 och fick å BB d. $^{12}/_{5}$ ett dödt foster.

Fall 9.

Modern 31-40 år; **g.;** inf. i 2:a månaden. *Behandl.:* i 6:e och 7:e månaden $2^1/_3$ cgr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Fostret** i 9:e månaden.

Fem barn i föregående äktenskap, nu omgift och smittad af mannen. Sista regleringen i augusti 1880. Secundaria i början af januari 81. Vid inkomsten d. $^{8}/_{2}$ sammanflytande muköса papler å vulva, roseol, allmän adenit. Fosterrörelser och fosterljud utan anmärkning. Sedan symptomen till stor del försvunnit, ville hon ej stanna längre. Utgick d. $^{17}/_{3}$ och fick i hemmet d. $^{4}/_{5}$ ett dödt foster.

Fall 10.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 2:a månaden. *Behandl.:* i 7:e och 8:e månaden nära 3 gr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Fostret** i 8:e månaden.

Förstföderska. Hafvande i april 1885, fick hon i augusti utslag å och kring genitalia. Vid inkomsten d. $^{14}/_{10}$ muköса papler å nämnda ställen och mellan flere får, roseol, adenit i ljumskarna, ringa annorstädes. Fosterrörelser och fosterljud normala. Efter att hafva varit svaga några dagar upphörde de förra d. $^{23}/_{11}$. Fick å BB d. 30 ett macereradt foster. Placenta företer på flere ställen å dess öfre del och hufvudsakligen i midten af kotyledonerna villös placentit; intima i alla nafvelsträngens kärl hvitaktig, förtjockad, venen å en fläck trång med två affärgade, väggen vidhäftande tromber.

Fall 11.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 2:a månaden. *Behandl.* 0.
Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Fostret** i 8:e månaden.

Förstföderska. Hafvande i oktober 1891; fosterrörelser i slutet af februari. Vid sistnämnda tid ondt i halsen och utslag å genitalia, som altmera ökades. Hade vid nyårstiden känt sveda i vulva. Vid inkomsten d. 18/5 talrika muköga papler å vulva och vid anus, betydlig angina, måttlig adenit å ljumskarna, ringa å andra ställen. Fosterrörelserna hade under sista veckorna efter hand aftagit i frekvens, kändes helt svagt dagen efter inkomsten, då jag äfven iakttog ett hastigt fosterljud, men därefter kunde ingendera uppfattas. Fick å BB d. 23/5 ett dödt foster. Fosterkroppen 40—41 cm. lång, utan makroskopisk förändring. Placenta 16 och 14½ cm. i diameter, med en tjocklek af ända till 2,6 cm., sålunda stor. Substansen öfveralt blek, innehåller en större kvantitet svagt rödfärgad vätska (ödem). Några små blodcoagula under serotina. Nafvelsträngsvenen 1 cm. under placenta betydligt förträngd och med förtjockad vägg, företer strax därunder en kort men ansenlig spolformig utvidgning. Den ena arterens intima hvitgul.

Fall 12.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 2:a månaden. *Behandl.* 0.
Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Fostret** i 7:e månaden.

Förstföderska. Sista regleringen i slutet af augusti 1892. Vid jultiden utslag kring anus och ondt i svalget. Fosterrörelser i början af januari 93, upphörde att kännas i slutet af februari. Aborterade å BB d. 18/3. Vid inkomsten d. 24/3 en krans af muköga papler kring anus, papulös angina, allmän måttlig adenit.

Fall 13.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 2:a månaden. *Behandl.* 0.
Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Fostret** i 6:e månaden.

Förstföderska. Sista regleringen i oktober 1893. I slutet af december sår i vulva och i början af februari utslag å genitalia och kroppen i öfrigt. Vill ej hafva känt fosterrörelser. Fick å S BB d. 1/4 94 ett dödt foster. Vid inkomsten d. 12/4 torra rester efter muköga papler å vulva, lentikulära papler å ansiktet och bålen; ringa allmän adenit.

Fall 14.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. i 2:a månaden. *Behandl.* 0.
Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Fostret** i 7:e månaden.

För 3 år sedan ett fullgånget barn, som utackorderades och dog efter 5 veckor. Sista regleringen i oktober 1893. I februari 94 utslag å vulva och snart fläckar å kroppen. Fick å BB d. 28/4 ett dödt foster. Vid inkomsten å SH d. 7/5 papler å vänstra labium majus, måttlig adenit i ljumskar, nacke m. m.

Fall 15.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* i 8:e och 9:e månaden sublimat invärtes (30 cgr.)
Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Fostret** i 9:e månaden.

Förstföderska. Hafvande i april 1869. I slutet af augusti utslag å och kring genitalia. Vid inkomsten d. 25/11 sammanflytande muköesa papler å labia majora, impetigo capitis, måttlig allmän adenit. Sedan kvinnan haft småvärkar ifrån d. 13/1 70, förlöstes hon d. 17 från ett dödt macereradt foster af 50 cm:s längd. Placenta af vanlig storlek och dess substans frisk. Nafvelsträngsvenen företer en betydlig förändring med kalkafsättning i intima, hvilken lätt kan aflossas. Den ena arterens intima är hvitgul, förtjockad. Fosterkroppen utan makroskopisk förändring.

Fall 16.

Modern u. 21 år; **og.;** inf. i 3:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Ja. Fostret** i 8:e månaden.

Förstföderska. Sista regleringen i mars 1870. I början af juli sår i vulva. Vid inkomsten d. 14/9 primäraffektion å vänstra labium majus och vid urinröret, adenit i ljumskarna, muköesa papler vid anus; snart därefter synovit i några ledgångar. Dagen före förlossningens början hördes fosterljud. Fick d. 7/11 å BB ett dödt foster.

Fall 17.

Modern 31-40 år; **og.;** inf. i 3:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Ja. Fostret** i 7—8:e månaden.

Fyra barn i äktenskap; nu konkubin. Sista regleringen i augusti 1873. På nyåret 1874 utslag å bålen och snart å genitalia. Fosterrörelser d. 6/1. I början normala blefvo de svaga i slutet af februari och upphörde i midten af mars. Vid inkomsten å SH d. 1/4 kändes inga rörelser, och fosterljud kunde ej uppfattas. Kvinnan hade talrika muköesa papler å och kring genitalia, pigmentfläckar å bålen, allmän adenit. Fick ett macereradt foster d. 3/4. Fosterkroppen, som är 37 cm. lång, och placenta utan makroskopiska förändringar.

Fall 18.

Modern 31-40 år; **og.;** inf. i 3:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Ja. Fostret** i 7:e månaden.

Friskt barn för 3 år sedan. Sista regleringen kring midten af maj 1875. Något före midten af september ömhet och sveda i vulva, i slutet af oktober utslag å genitalia och bålen. Vid inkomsten d. 9/11 anemisk och klen; miliär papulös syfilid, muköesa papler å vulva, måttlig allmän adenit. Fosterrörelser och fosterljud normala. Ord. järn och bad. Den 29/10 frossbrytningar och feber, värk i ryggen. Den 30 värkar. Fick å BB d. 1/12 ett dödt foster. Placentarsubstansen utan anmärkning; allmän, här och där betydlig förtätning öfver chorion. Intima i alla nafvelsträngens kärl hvitaktig, kärlen utan förträngning.

Fall 19.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* i 8:e månaden 10 smörjningar; stomatit.

Smittad af **barnfadern? Ja. Fostret** i 8:e månaden.

För 2 år sedan ett friskt, ännu lefvande barn. Sista regleringen i juni 1878. Vårdad å SH d. 2/9—5/10 för ett sår å högra labium majus, misstänkt

men ej typiskt. Kort efter utskrifningen fläckigt utslag å bålen och svårighet att svälja. Vid andra inkomsten d. 2/12 mjukt ärr efter såret, muköşa papler, roseol, angina papulosa, adenit. Fosterrörelser och fosterljud till en början normala, de senare långsamma. Sedan d. 9/1 fosterrörelser svaga, upphörde d. 23; d. 20 fosterljudet 126—132. Fick å BB d. 5/2 ett macereradt foster. Placenta något tunn med ojämn blodfördelning; alla nafvelsträngens kärl mer eller mindre förändrade, venen förträngd. I fosterkroppen en tämligen betydlig osteokondrit.

Fall 20.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* i 7:e månaden 17 smörjningar, men fostret redan dödt.

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** **Fostret** i 7:e månaden.

Förstföderska. Antagligen hafvande i slutet af maj 1878. Smittad af annan man, fick hon i slutet af september sår å högra labium majus, i november utslag å genitalia m. m. Vid inkomsten d. 9/12 talrika muköşa papler å vulva, en stor å platsen för såret, angina papulosa, ringa allmän adenit. Fosterrörelser vill hon ej hafva känt förrän i början af november: de höllo sig svaga och upphörde d. 30/11. Efter inkomsten hvarken rörelser eller fosterljud. Fick d. 29/12 ett macereradt foster. Placenta företer ett par mindre blodcoagula öfver chorion; i öfrigt utan anmärkning. Så äfven fosterkroppen utom ringa osteokondrit.

Fall 21.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* i 6:e—8:e månaden 40 smörjningar, de sista 10 hvarannan dag.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Fostret** i 9:e månaden.

Förstföderska. Sista regleringen i december 1878. Någon tid därefter flytning från genitalia. I slutet af april 79 allmänt illamående och d. 10/5—12/5 utslag å vulva, som hastigt ökades. Vid inkomsten d. 7/6 talrika muköşa papler, rikligt roseol, papulös angina, ringa allmän adenit. Fosterrörelser och fosterljud normala. De förra efter d. 10/8 mera svaga och sällsynta, upphörde d. 20. Dagen förut hördes fosterljudet rent och kraftigt, 138—144. Fick å BB d. 24/8 ett dödt gossebarn.

Fall 22.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* i 7:e—8:e månaden 2 gr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern?** **Ok.** **Fostret** i 7—8:e månaden.

Förstföderska. Sista regleringen i midten af maj 1884. I början af augusti sår å öfverläppen, i midten af september utslag å kroppen. Vid inkomsten d. 19/11 primäraffektion i midten af öfverläppen, svälda submaxillarkörtlar, talrika muköşa papler å vulva, roseol, angina. Fosterrörelser och fosterljud normala. Den 25/12 hastigt påkommande värkar; fick samma dag å BB ett antagligen nyligen dödt foster. Placenta stor och tung, företer en villös placentit af växlande grad, än inskränkt till den öfre delen, än gående på djupet, flere blodcoagula i massan. Kärl och hinnor friska. I fosterkroppen, som är 38—39 cm. lång, ringa osteokondrit och förtjockning af mjältkapseln.

Fall 23.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.*: i 8:e månaden en injektion med 5 cgr. Ox. flav.

Smittad af **barnfadern? Ok. Fostret** i 8:e månaden.

Förstföderska. Anser sig hafvande sedan juli 1888. I slutet af november allmänt illamående, i midten af december utslag å genitalia. Vid inkomsten d. 19/2 89 talrika muköša papler å genitalia, adenit i ljumskar, nacke m. m., laryngit. Fosterrörelserna, förut kraftiga, svaga under de två sista veckorna, så äfven vid inkomsten. Den 20 fosterljudet 150. Den 21 på morgonen kändes ett par starka rörelser, därefter inga; fosterljudet, hastigt och svagt, hördes några timmar därefter. Fick å BB d. 28/2 ett dödt foster. Placenta stor, företer en allmän villös placentit mest uttalad å öfre partierna. Färska blodcoagula i några kotyledoner. Nafvelsträngsvenen visar en gulhvit upphöjd fläck å sin intima, den ena arteren har förtjockade väggar och är förträngd.

Fall 24.

Modern 21-30 år; **g.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.*: i 7:e och 8:e månaden 16 smörjningar i form af påstrykning à 4 gr.

Smittad af **barnfadern? Ja. Fostret** i 8:e månaden.

Två friska barn i äktenskapet. Hafvande i maj 1892. Smittad af mannen, sedan hon återkommit från en resa under juli. I början af november utslag å genitalia. Vid inkomsten d. 9/12 muköša papler å och kring genitalia, lentikulär papulös syfilid, angina, lindrig allmän adenit. Fosterrörelser och fosterljud normala. Den 24 på middagen var fosterljudet som förut 144, rörelserna under denna dag svagare än förut. De blefvo på aftonen ännu svagare och kändes sista gång följande morgon. Kvinnan fann sig väl; fick å BB d. 30 ett macereradt foster. Placenta mindre blodrik, men utan förändring. Så äfven fosterkroppen; främre fontanellen helt liten.

Fall 25.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.*: i 7:e och 8:e månaden 3 thymolkvicksilfverinjektioner.

Smittad af **barnfadern? Ja. Fostret** i 8:e månaden.

Förstföderska. Antagligen hafvande i slutet af maj 1889. I början af november utslag å genitalia. Vid inkomsten d. 14/12 talrika muköša papler, roseol, adenit i ljumskar, nacke m. m. Fosterrörelser och fosterljud normala. Den 1/1 90 blefvo de förra sparsamma och upphörde d. 3. Sista injektionen d. 31/12. Fick å BB d. 11/2 ett macereradt foster. Placenta tunn i allmänhet, isynnerhet den ena halfvan, hvars randdel är atrofisk i olika grad. Serotina något rynkig och kotyledonindelningen föga utpräglad. Placentarsubstansen i öfrigt blodfattig. Såväl venen som bägge artererna förete den vanliga förändringen äfven inpå kakan och likaså deras till det atrofiska partiet löpande grenar. Fosterkroppen utan makroskopisk förändring.

Fall 26.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.*: i 6:e och 7:e månaden 20 smörjningar.

Smittad af **barnfadern? Ja. Fostret** i 7:e månaden.

Förstföderska. Sista regleringen i januari 1891. Smittad i slutet af maj. Någon tid därefter sår i vulva. Vid inkomsten d. $^1/_7$ 5 skleroser å labia majora, adenit i ljumskarna. Den $^{11}/_7$ roseol. Fosterrörelser omkring midten af juni, helt svaga. Vi kunde ej med säkerhet höra fosterljud. I början af augusti känsla af tryck nedåt i buken. Fick å BB d. $^6/_{10}$ ett macereradt foster, som ansågs vara i 7:e månaden; nodus verus å nafvelsträngen.

Fall 27.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Fostret** i 7:e månaden.

Förstföderska. Inkom d. $^5/_3$ 1875 från BB, där hon d. $^{28}/_1$ fått ett dödt foster i 7:e månaden. Hade en samling mukösa papler kring stolgången och måttlig allmän adenit. Utslaget hade hon haft omkring 3 veckor före partus.

Fall 28.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ok.** **Fostret** i 6:e månaden.

Förstföderska. Hafvande i april 1877, fick hon d. $^6/_{10}$ ett dödt barn, som ansågs vara i 6:e månaden. Tre veckor efter partus fläckigt utslag å bål och extremiteter, någon tid därefter värk och rodnad först i högra sedan äfven i vänstra ögat. Behandlades af ögonläkare. Vid inkomsten å SH d. $^{18}/_{12}$ vänstersidig irit och allmän adenit. Genomgick smörjkur.

Fall 29.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Fostret** i 8—9:e månaden.

Förut två friska, ännu lefvande barn. Hafvande i januari 1878. Efter början af maj intet samlag. I juli utslag i vulva, i augusti ondt i halsen. Fostret kvicknade i juni. Fosterrörelserna kraftiga till d. $^8/_9$—$^9/_9$, under de två sista dagarna ofta påkommande och oroliga; därefter under två dagar svaga, hvarefter de upphörde. Fick å BB d. $^{17}/_9$ ett macereradt foster. I dess kropp fans en betydlig interstitiel hepatit med miliära gummata och osteokondrit. Kvinnan inkom å SH den $^{25}/_9$, hade papulös syfilid, angina, måttlig adenit.

Fall 30.

Modern u. 21 år; **og.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ok.** **Fostret** i 5—6:e månaden.

Förstföderska. Prostituerad. Hafvande i mars 1878. Vid inkomsten d. $^3/_8$ nära anus en rund sårnad utan typiskt utseende. Fick å BB d. $^{10}/_8$ ett dödt foster. Fosterkroppen utan makroskopisk förändring. Efter återkomsten visade sig d. $^{25}/_8$ hos kvinnan en lentikulär papulös syfilid.

Fall 31.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.:* i 8:e månaden 22 smörjningar, då fostret dog.

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** **Fostret** i 8:e månaden.

Förstföderska. Sista regleringen i september 1878. Smittad d. 8—10 januari 79 af annan man. Omkring 2—3 veckor därefter sår i vänstra lårvecket, i slutet af mars utslag å vulva och bålen. Vid inkomsten d. 4/5 mukösa papler å vulva, en stor dylik å vänstra lårvecket, där såret haft sin plats, roseol, papulös angina, allmän måttlig adenit. Fosterrörelser och fosterljud ordentliga, de förra dock ej starka. De blefvo efter hand svagare och uppfattades sista gång med säkerhet d. 24. Den 23 var fosterljudet 132. Fick d. 2/6 å BB ett macereradt foster. Placenta företer fläckvis å öfre delarna villös placentit, i öfrigt en mycket ojämn blodfördelning, en större randinfarkt. Alla nafvelsträngens kärl betydligt förändrade före öfvergången på kakan, venen ansenligt förträngd, artererna i mindre grad. I fosterkroppen, som är 42 cm. lång, inga makroskopiska förändringar.

Fall 32.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Fostret** i 8:e månaden.

Förut ett friskt ännu lefvande barn. Inkom å SH d. 18/12 1879 från S BB, där hon d. 10/12 fått ett dödt flickebarn, som ansågs vara i 8:e månaden. Kvinnan hade haft utslag å genitalia sedan början af november. Fosterrörelserna hade upphört två veckor före partus, efter att några dagar hafva varit frekventa och oroliga. Vid inkomsten hade patienten, som var anemisk och klen, mukösa papler å vulva, körtelsvulster i ljumskarna m. m.

Fall 33.

Modern 21-30 år; **g.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.:* i 7:e och 8:e månaden 34 smörjningar.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Fostret** i 8:e månaden.

Ett barn med sin äkta man i slutet af 1878, utackorderades snart på landet och dog vid 7 månaders ålder i okänd sjukdom. Mannen vårdad å SH för syfilis. Sista regleringen i april 1880. Fostret kvicknade i september: rörelsen svagare än förra gången, I slutet af oktober fläckigt utslag å bålen och ondt i halsen. Vid inkomsten d. 1/11 hufvudvärk, ymnigt roseol, papulös angina, ringa allmän adenit. Fosterljud normalt. Utgick d. 8/12 och fick under julen i hemmet ett dödt foster. Kvinnan vårdades å SH 1882 för syfilis och hade under de följande åren stundom symptom af sjukdomen. Inkom d. 26/3 1889 med två halfårsgamla tvillingar, modern själf symptomfri, barnen eländiga men utan tydliga tecken till lues. Det ena af dem dog snart af allmän miliartuberkulos, det andra, som tydligen hade samma sjukdom, uttogs snart därefter af modern.

Fall 34.

Modern 21-30 år; **g.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.:* i 8:e och 9:e månaden 5 calomelinjektioner à 10 cgr.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Fostret** i 9:e månaden.

Förut ett friskt ännu lefvande barn. Sista regleringen i juni 1887. I slutet af december utslag å vulva m. m. Vid inkomsten å SH d. 16/1 88 mukösa papler, roseol, papulös angina, måttlig allmän adenit. Fosterrörelser och fosterljud normala. Sista calomelinjektionen d. 24/2. Utgick emot råd d. 1/3 och fick d. 4/3 å S BB ett fullgånget dödt foster. Placenta af vanlig storlek, blek, är antagligen säte för en måttlig villös placentit; ett större och några mindre blodcoagula i massan; större och mindre förtätningar öfver chorion.

Alla nafvelsträngens kärl något förändrade efter öfvergången på kakan. Fostrets mjälte ansenligt förstorad. Betydlig osteokondrit. Kvinnan påstår sig vara smittad af sin äkta man, men denne har nyligen undersökts af läkare och befunnits frisk.

Fall 35.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behagdl.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ja. Fostret** i 8:e månaden.

Förut ett friskt ännu lefvande barn. Hafvande i februari 1881. I slutet af juli kvisslor i blygden. Vid inkomsten d. 12/8 flere mindre primäraffektioner å labia majora och adenit i ljumskarna. Efter midten af september mukösa papler å vulva, erytem å bålen m. m. Fosterrörelser och fosterljud under tiden normala. Den 1/10 på aftonen en häftig rörelse af fostret och därefter kunde hon ej uppfatta några rörelser och vi ej höra fosterljud. Fick å BB d. 24/10 ett macereradt foster. Placentas diameter 16 × 12; kakan helt tunn med ringa blodhalt men substansen lucker. Alla nafvelsträngens kärl förändrade, bägge artererna på en mindre fläck starkt förträngda. Fosterkroppen, af 42 cm:s längd, utan makroskopisk förändring.

Fall 36.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.:* i 8:e—9:e månaden 2 calomelinjektioner.

Smittad af **barnfadern? Ok. Fostret** i 8:e—9:e månaden.

Förstföderska. Prostituerad. Vid inkomsten d. 31/8 1887 hade hon ragader i munvinklarna, papulös angina, laryngit och allmän adenit. Ord. calomelinjektion. Dagen efter andra injektionen omtalade hon, att fosterrörelserna upphört, och fosterljud kunde ej upptäckas. Fick å BB d. 23/9 ett macereradt foster. Placenta 16 + 15½ cm.; ingenstädes öfver 1 cm. i tjocklek, sålunda mycket tunn och därtill tillspetsande sig mot randen. Kotyledonindelningen otydlig: serotina här och där förtjockad. Placentas substans likformig, vida mera grofmaskig än vanligt, blodrik. Nafvelsträngsartererna sammanflyta nära placenta i en gemensam stamm och förete här bägge endarterit. En här från den ena utgående gren obturerad af äldre, fast tromb. Venen visar en måttlig endoflebit. I denna och den ena arteren mindre, väggfasta tromber. Fosterkroppen utan anmärkning.

Fall 37.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.:* i 6:e—9:e månaden 2 calomelinjektioner och 4½ gr. kvicksilfverjodur med afbrott på 3 veckor.

Smittad af **barnfadern? Ok. Fostret** i 9:e månaden.

Förstföderska. Sista regleringen i maj 1887. I början af oktober sår i vulva. Vid inkomsten d. 21/10 primäraffektion i fossa navic. och adenit i ljumskarna. Den 15/11 roseol. Fosterrörelser och fosterljud länge normala. De förra blefvo svaga under sista veckan af februari och kändes sista gången natten till d. 2/3; denna dag kunde fosterljud ej upptäckas. Placenta platt och tunn, öfre delarna blodfattiga, dock ojämnt. Talrika förtätningar öfver chorion. Alla nafvelsträngens kärl till sina väggar förändrade i en utsträckning af 2 cm. från kakan. Den ena arteren vid öfvergången på placenta fullständigt obturerad genom en fast affärgad tromb i en längd af nära en cm. I fosterkroppen någon osteokondrit men inga andra förändringar.

Fall 38.

Modern u. 21 år; **og.;** inf. i 6:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ja. Fostret** i 8:e månaden.

Förstföderska. Hafvande i mars 1876. Utslag å genitalia sannolikt i slutet af oktober. Fosterrörelser i augusti, kändes sista gången d. $^{1}/_{11}$. Fick å BB d. $^{14}/_{11}$ ett macereradt foster, som ansågs vara i 8:e månaden. Vid inkomsten å SH d. $^{23}/_{11}$ hade kvinnan talrika muköса papler å labia majora, angina, allmän adenit. Placenta utan tydlig förändring. Möjligen var modern smittad i 5:e månaden.

B. Barnen ofullgångna, svaga eller vid födelsen företeende symptom af syfilis.

Fall 39.

Modern u. 21 år; **og.;** inf. i 1:a månaden. *Behandl.:* i 6:e och 7:e månaden 40 smörjningar.

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnet** utskr. dödt.

Förstföderska. Sista regleringen i augusti 1876. I midten af november utslag å vulva, som altmera ökades. Vid inkomsten å SH d. $^{15}/_{1}$ 1877 talrika mukösa papler å genitalia och vid anus, roseol, angina och allmän adenit. Fosterrörelser och fosterljud normala. Fick å BB d. $^{21}/_{3}$ en ofullgången, klen gosse. Placenta företer å öfre ytan en trasig väfnad, som bundit den vid uterinväggen, men är i öfrigt utan anmärkning. Barnet, svagt och atrofiskt, tog sig något, oaktadt modern ej hade mjölk. I början af maj klenare, föll i dvala och dog d. 11. Vid obduktionen iakttogs hjärnanemi och följande egendomliga förändring. Subkutant ödem i jugulum. Epiglottis' och luftstrupens hela mynning betydligt ansvälda. Deras yta jämn, utan defekter, af grågul färg; det hela slapt sammansjunkande; den grågula färgen öfvergår äfven på tungroten strax framför epiglottis, hvars spets dock har naturlig färg. Partiets begränsning mot omgifningen är ganska skarp men blek, medan i det annars bleka transversalsnittet skönjes en om också ringa injektionszon. Förändringen omfattar än endast mukosan, än äfven submukosan, synes vara betydligast i lig:a ary-epiglottica. Under mikroskopet ser man talrika rundceller och en mängd stafformiga bakterier. Lungorna utan förändring med frånseende af några mindre, atelektatiska fläckar. Öfriga organ utan tydlig förändring.

Fall 40.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 2:a månaden. *Behandl.:* i 5:e och 6:e månaden 29 smörjningar.

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnet** utskr. dödt.

Förut ett friskt barn. Sista regleringen i början af augusti 1869. I början af december utslag i vulva och snart å bålen. Vid inkomsten d. $^{15}/_{12}$ mukösa papler, roseol, angina, tämligen betydlig adenit i ljumskarna, ringa annorstädes. Utskrefs d $^{24}/_{1}$ men återkom d. $^{26}/_{4}$ 70 klen och matt med nya symptom. Fosterrörelser och fosterljud till en början normala, men de förra blefvo snart svaga. Fick å BB d. $^{11}/_{5}$ en fullgången men mycket svag flicka, som hade pemfigusblåsor å vänstra foten och afled efter 16 timmar.

Fall 41.

Modern u. 21 år; **og.**; inf. i 2:a månaden. *Behandl.:* i 7:e och 8:e månaden 25 smörjningar.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnet** utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Hafvande i början af april 1872. Kring midten af juni sårnad i vulva och mot slutet af juli allmänt illamående och utslag å genitalia. Vid inkomsten d. 30/8 en ytlig sårnad på ett upphöjdt, degigt infiltrat å högra lab. majus, mukösa papler å vulva och vid anus, papulös angina, adenit. Fosterrörelser kände hon d. 5/9. Fick å BB d. 12/12 en ofullgången men symptomfri gosse, som någon tid diade modern. Han fick kolit, ett eczemartadt utslag och några subkutana abscesser, men hemtade sig och företedde under härvaron inga tydliga symptom af syfilis. Utskrefs d. 4/4 73.

Fall 42.

Modern 21-30 år; **g.**; inf. i 2:a månaden. *Behandl.:* i 6:e och 7:e månaden 30 smörjningar.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnen** utskr. döda.

Förut ett friskt ännu lefvande barn med samme man. Hafvande i slutet af januari eller början af februari 1893. Utslag å genitalia kring midten af maj. Vid inkomsten d. 16/7 mukösa papler, roseol, angina, adenit. Utskrefs på egen begäran d. 10/8 och fick två dagar därefter tvillingar, som voro ofullgångna och afledo efter ett och halftannat dygn.

Fall 43.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* i 7:e månaden 19 smörjningar.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnen** utskr. döda.

Förstföderska. Sista regleringen under sista dagarna af oktober 1873. I februari 1874 sår i vänstra lårvecket. Kring midten af mars utslag å genitalia. Vid inkomsten d. 6/5 en större, något upphöjd, granulerande sårnad utan tydlig induration i vänstra lårvecket, betydlig adenit i vänstra ljumsken, mukösa papler, roseol. Fick å SH d. 26/5 ofullgångna tvillingar, af hvilka den ena, flicka, dog samma och den andra, gosse, följande dagen. De hade en placenta med sepimenterna i midten, 22 och 17 cm. i diameter, frisk. I fosterkropparna träffades en betydlig blodfylnad i lefvern och hjärnans hinnor, hvartill hos gossen kom en blödning i bakre delen och ytligare partiet af bägge corpora striata, mest den högra. Främre fontanellen hos bägge fostren isynnerhet gossen helt liten.

Fall 44.

Modern u. 21 år; **og.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* i 8:e månaden 20 smörjningar.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnet** utskr. dödt.

Förstföderska. Sista regleringen kring d. 1 november 1878. I midten af februari sår i perinæum och kring en månad därefter utslag å genitalia. Vid inkomsten d. 10/6 1879 talrika mukösa papler å och kring vulva, däribland en stor å platsen för det första såret, roseol, angina, allmän ringa adenit. Svaga fosterrörelser, normalt fosterljud. Fick å BB d. 3/7 ett klent, ofull-

gånget manligt foster, som afled samma dag. Placenta utan anmärkning. Vid obduktionen fans en ej obetydlig blodutådring i hjärnans mjuka hinnor såväl å organets öfre som undre yta. Inga tydliga förändringar i öfrigt.

Fall 45.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnet** utskr. dödt.

Förstföderska. Sista regleringen i augusti 1877. I slutet af november sår å vulva. Vid inkomsten d. 22/1 77 ett större, orent sår å vänstra lab. maj. mera liknande en enkel schanker, men inokulation gaf negativt resultat. Betydlig adenit i ljumskarna. Erytem å panna och underarmar. Angina. Fosterrörelser och fosterljud normala. Fick å BB d. 14/5 en liten och klen gosse. Placenta företedde en tämligen betydlig atrofi å ett randparti och en hvit infarkt, var i öfrigt utan förändring. Barnet diade dåligt, låg tyst med svag respiration och afled d. 23/5. Vid obduktionen fans en betydlig blodfylnad i hjärnan och dess hinnor och ett ärtstort blodcoagulum i lilla hjärnans grå substans vid organets öfre yta. I öfrigt ingenting att anmärka.

Fall 46.

Modern u. 21 år; **og.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* i 8:e månaden $1^{2}/_{3}$ gr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnet** utskr. dödt.

Förstföderska. Sista regleringen i april 1882. Utslag å genitalia i början af oktober. Vid inkomsten d. 11/12 muköa papler, roseol, adenit. Fick å BB d. 24/12 ett kvinligt foster af 46 cm:s längd, som var svagt och afled på andra dygnet.

Fall 47.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnet** utskr. dödt.

Konkubin. Förut ett friskt ännu lefvande barn med samme man. Sista regleringen i februari 1884. I juli utslag å flere kroppsdelar. Fick d. 13/9 å BB (?) en gosse, som ansågs 6—7 veckor för tidig. Vid inkomsten d. 25/9 företer modern, som är blek och svag, talrika muköa papler i vulva, dylika i mungiporna och på tungan och allmän adenit. Barnet litet, atrofiskt, med rynkig hud, diade svagt, afled d. 2/10. Vid obduktionen befans nafveln oläkt och sårig; umbilikalkärlens väggar utan tydlig förändring; artererna hålla fasta tromber, venen något flytande blod. Allmän peritonit. Lefvern ikterisk, snarare liten och slapp. Mjälten ej förstorad. Eckymoser i plevrabladen; i bägge lungornas öfre lob några små hemorragiska härdar. Hjärnan utan förändring; så också benen.

Fall 48.

Modern 21-30 år; **g.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* i 7:e och 8:e månaden 5 calomelinjektioner.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnet** utskr. symptomfritt.

Förut 3 friska barn med sin äkta man. Åter hafvande i slutet af juli eller början af augusti 1887. Fostret kvicknade i december. I början af januari utslag å genitalia och snart ondt i halsen. Smittad af mannen, som

erkänt sitt fel. Vid inkomsten d. 11/2 88 talrika mukösa papler å vulva, storfläckigt roseol, papulös angina, förstorade körtlar i ljumskar, nacke m. m. Fosterrörelser och fosterljud normala. Utskrefs på egen begäran d: 23/3 och födde d. 30 en ofullgången gosse, som diade modern och var symptomfri till 6:e veckan, då han fick utslag, hvarjämte högra armen och benet tycktes vara lama. Behandlades ute af läkare och uppvisades för oss d. 26/6, då han endast hade en mukös papel vid anus. Barnet behandlades ännu ett par gånger ute. De inkommo å SH d. 30/11 1889. Modern hade ulcererande hudtuberkler å vänstra öfverarmen och högra benet, som kommit och gått sedan hösten 1888. Barnet företedde en större sårnad vid anus. fick tannat. hydrarg. och läktes snart. Modern inkom åter d. 23/1 1893 med ulcererande gummisvulst i tungan och periostit. Gossen hade varit frisk efter utskrifningen. Hon hade nu med sig en gosse född i juli 1891, som hållit sig frisk och var så äfven nu.

Fall 49.

Modern u. 21 år; **og.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* i 6:e och 7:e månaden 35 påstrykningar à 4 gr.; i 8:e och 9:e månaden 4 thymolkvicksilfverinjektioner.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnet** utskr. symptomfrîtt.

Förstföderska. Sista regleringen i början af juni 1894. I midten af september sår i vulva och i slutet af oktober utslag vid anus. Vid inkomsten d. 4/11 primäraffekt vid commiss. vulv. posterior, mukösa papler vid anus, adenit i ljumskarna, ringa annorstädes. Den 12/11 roseol. Fosterrörelser och fosterljud normala. De förra upphörde helt hastigt d. 12/1 95 för två dagar, men togo upp sig, utan att dock sedan blifva så kraftiga som förut. Fosterljudet under nämnda dagar 180 eller därutöfver, höllo sig sedermera vid 150—160. Fick å BB d. 6/3 en fullgången men liten flicka. Placenta 17 + 16 i diameter; dess tjocklek något ojämn; två tämligen stora infarkter i ett tunt parti af randen, i öfrigt ingen anmärkning. Vid återkomsten till SH d. 15/3 modern symptomfri med god mjölktillgång. Barnet, som vägde 2,66 kg., håller vänstra armen och vänstra benet krökta och skriker vid vårt försök att sträcka dem. Vänstra knäleden sväld med tydlig om också ringa fluktuation; ansvällning å nedre ändan af vänstra femur, ringa å den högra, å öfre änden af vänstra humerus, mindre å nedre inre delen af detta ben och nedre ändan af högra radius. Modern hade andra dagen efter barnets födelse förmärkt svårigheten att sträcka dess arm och ben. Inga symptom af syfilis i öfrigt. Den 17/3 ord. hydr. c. creta. Förbättring började efter en vecka och fortgick stadigt. Den 1/5 voro benaffektionerna i öfrigt försvunna, men caput humeri sin. var ännu sväldt. och armen kunde ej fullt sträckas, antagligen på grund af kontraktur i biceps. Ord. empl. hydrargyri öfver skulderleden och armrörelser. Barnet fostrade sig väl. Vi misstänkte en tid ependymit med hydrocephalus, men de ringa symptomen gingo tillbaka, och i öfrigt förekommo inga tecken till syfilis. Barnet genomgick ny behandling juli—augusti. Vid utskrifningen var barnet kanske något litet, men väl utveckladt, vägde 5,55 kg.

Fall 50.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnet** utskr. dödt.

En frisk ännu lefvande flicka med annan man. Sista regleringen i slutet af februari 1878. Den 20—21 juli sår i vulva. Vid inkomsten d. 7/8 två primäraffektioner å vänstra, en å högra lab. maj., måttlig adenit i ljumskarna. Fosterrörelser och fosterljud utan anmärkning. Under härvaron inga andra symptom tydande på konstitutionel syfilis än små ragader i munvinklarna

och en liten fjällande fläck å öfverläppen. Fick å BB d. [24]/9 ett ofullgånget kvinligt foster, som afled efter 3 timmar. Placenta stor och tung, 22 + 17 cm. med en tjochlek af 3 cm., företer en allmän betydlig villös placentit; alla nafvelsträngens kärl hafva en hvitgul intima i närheten af kakan. Fosterkroppen af 34 cm:s längd. Såväl i subkutana bindväfven som i muskler och serösa hinnor finnas talrika punktformiga blödningar. Allmän peritonit med betydligt sero-fibrinöst exsudat. Mjälten något förstorad med förtjockad kapsel. Lefvern föga om något förstorad, företer nära undre randen åt höger och mest å undre ytan flere mjölkiga förtjockningar af kapseln. Substansen ikterisk, af fast konsistens; snittytan homogen. Å förut nämnda ställe har den sistnämnda å en fläck samma utseende som vid s. k. röd atrofi, och väfnaden innehåller här talrika små kalkskållor. Nära detta parti visar sig en bönstor svulstliknande bildning med jämn smittyta och betydlig kalkinkrustation. Gallblåsan innehåller ringa blek galla. Njurarnas corticalis grådaskig, svällande i snittet. Betydligt ödem i hjärnans mjuka hinnor med varinfiltration å sidoregionerna; ej obetydlig blödning öfver tentorium i subduralrummet. Lindrig osteokondrit. I lefvern visar sig under mikroskopet en allmän interstitiel hepatit, hufvudsakligen interacinös, i den lilla svulsten en kärnrik bindväf jämte gulfärgade, korniga eller i fettdegeneration stadda lefverceller samt kalkskållor.

Fall 51.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Ok. Barnet** utskr. dödt.

Förstföderska. Prostituerad. Intogs d. [26]/11 från BB, där hon d. 20 fått en gosse i 8:e månaden. Omkring 3 veckor före partus hade hon fått utslag vid anus och företedde nu därstädes mukösa papler samt därjämte angina, impetigo capitis och en betydlig allmän adenit. Placenta utan anmärkning. Barnet klent och atrofiskt, diar svagt. Den 28. Sedan i natt blödning från nafveln, fortfar i form af stillicidium. Flere större hemorragiska fläckar å scapul- och klavikular-regionerna, en å högra underbenet. Vi sökte stanna blödningen ur nafveln genom järnkloridlösning och tryckförband men förgäfves. Nya större eckymoser i mag- och halsgropen. Afled d. 29. Vid obduktionen funnos å nämnda ställen blodinfiltration i huden och subkutana bindväfven. I nafvelvenen ett mindre blodcoagulum; artererna väl kontraherade med ringa blodhalt. Eckymoser i pleura. I öfrigt ingenting att anmärka.

Fall 52.

Modern u. 21 år; **og.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.:* i 7:e och 8:e månaden 2 gr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnet** utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Hafvande i juni 1881. I november svullnad i vulva och flytning, framemot jul utslag. Vid inkomsten d. [13]/1 1882 mukösa papler å vulva, roseol, papulös angina, allmän adenit. Fick å BB d. [13]/2 en gosse i 8:e månaden. Barnet diade modern, fostrade sig ganska bra och företedde under härvaron inga symptom af syfilis. Utskrefs d. [12]/5 och vägde då 3,4 kg. Skall någon tid därefter hafva blifvit behandlad å poliklinik för syfilis. Lefde ännu våren 1884. Modern fick missfall i tredje månaden i dec. 1883.

Fall 53.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Ok. Barnet** utskr. dödt.

Förstföderska. Hafvande i juli 1883. Vid jultiden uttslag å vulva m. m. Fick i hemmet d. 14/8 84 ett ofullgånget och klent foster. Vid inkomsten d. 3/4 hade modern muköša papler vid anus och roseol. Barnet eländigt, dog samma dag. Vid obduktionen fans en tämligen betydlig mjältansvällning med perisplenit men inga andra tydliga förändringar. Modern vårdades hösten samma år för ett nytt anfall af syfilis.

Fall 54.

Modern **31-40** år; **og.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnet** utskr. dödt.

Två barn förut med en annan man. Inkom d. 9/11 1886 från S BB, där hon d. 31/10 fått en ofullgången flicka. Hon hade kring en månad före partus fått utslag å blygden och företedde nu flera muköša papler å labia majora och betydlig adenit i ljumskarna, ringa annorstädes. Barnet litet och svagt, vägde 1,912 gr. med tunna kläder, tycktes taga sig till en början men föll i dvala och afled d. 5/12. Vid obduktionen befans hufvudskålen mer än vanligt förbenad, främre fontanellen helt liten. Mjälten ansenligt förstorad. Lefvern äfven stor med ojämn blodfördelning; snittytan homogen; konsistensen fast. Öfriga organ utan anmärkning.

Fall 55.

Modern **21-30** år; **og.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.:* i 8:e månaden 12 smörjningar; fick upphöra på grund af diarré.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnet** utskr. symptomfritt.

Ett lefvande friskt barn med annan man. Sista regleringen i början af mars 1892. Omkring midten af augusti utslag å bålen, snart å genitalia. Vid inkomsten å SH d. 13/9 muköša papler å vulva, roseol, måttlig adenit i ljumskar, nacke m. m. Klen och nervös. Fosterrörelser och fosterljud normala. Fick å BB d. 28/11 en flicka, omkring en månad för tidigt. Placenta företer en mycket ojämn blodfördelning och några blodcoagula i massan. I alla nafvelsträngens kärl är intima hvitaktig och ogenomskinlig. Barnet vägde knapt 2,4 kg. men huden dock tämligen fyllig. Diade modern och fostrade sig väl. Företedde inga symptom af syfilis och utskrefs d. 2/2 93; vägde då 4,4 kg. Uppvisades d. 4/4. Barnet var då något slappt, hade mjältförstoring, snufva och några fjällande fläckar under hakan. Osäkert, huru länge symptomen stått. Intogs d. 19/4, fick tannat. hydrarg. och utskrefs symptomfri d. 20/5.

Fall 56.

Modern **42** år; **g.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.:* i 7:e och 8:e månaden 6 sozojodolkv.-inj:r à 8 cgr.

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** **Barnet** utskr. dödt.

Förut med 3 män 5 lefvande barn, alla utom det sista förtidiga, samt 2 missfall. Sista regleringen i februari 1894. I början af juni smittad å vänstra bröstvårtan af sin 2-åriga dotter, som åter blifvit inficierad af sin äldsta syster, hvilken här vårdats för syfilis. Barnet intogs å SH d. 15/8 och modern, som från denna tid behandlades polikliniskt, d. 6/9. Hon hade en stor primäraffekt. å vårtan, en mandelstor körtel under randen af m. pectoral., en mindre i vänstra axillen, vidare roseol, muköša papler, angina. Fosterrörelser och fosterljud utan anmärkning. Vattnet började afgå d. 16/9 och d. 17 fick kvinnan å BB ett kvinligt foster af 41 cm:s längd. Barnet kunde ej dia, men höll sig någorlunda till d. 22, då respirationen blef svag, cyanos

inträdde och döden följde d. 24. Placenta frisk. Vid obduktionen fans en allmän hyperemi i peritonæum, mest i vänstra sidoregionen och kring mjälten, som är något sväld och å ytan har en lätt aflossad fibrinös beläggning. Lefvern blodrik. Lungornas bakre delar lätt atelektatiska.

Fall 57.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 5:e månaden. *Behandl.* **0.**
Smittad af **barnfadern? Ja. Barnet** utskr. dödt.

Förstföderska. Hafvande i september 1869. I början af februari följande år sår i vulva. Vid inkomsten d. 26/2 primäraffektion vid commiss. vulv. post. och å vänstra lab. minus, adenit i ljumskarna. I midten af mars impetigo capitis och efter hand fjällande papler vid näsflyglarna, psoriasis palmaris. Fosterrörelser och fosterljud normala till slutet af april, då de förra blefvo svaga. Fick å BB d. 5/5 ett flickebarn i 8:e månaden. Vid deras återkomst till SH d. 11 var barnet svagt, hade någon blödning ur nafveln, som ej kunde häfvas med använda medel. Förut ringa om också jämn blef den betydligare d. 14 och barnet afled d. 15. Den 13 hade några hemorragiska fläckar uppstått å barnets rygg. Vid obduktionen var nafveln sårig och missfärgad; den ena arteren föga kontraherad och fyld af ett löst blodcoagulum, den andra väl sammandragen och likasom venen tom. Ingen tydlig förändring i kärlväggarna. Å fläckarna på ryggen blodinfiltration i hud och subkutan bindväf. I öfrigt ingenting att anmärka.

Fall 58.

Modern 31-40 år; **og.;** inf. i 5:e månaden. *Behandl.* **0.**
Smittad af **barnfadern? Ok. Barnet** utskr. dödt.

Förstföderska (?). Konkubin. Hafvande i mars 1871. I slutet af oktober utslag å vulva, som altmera ökades. Fick å BB d. 29/11 ett klent barn. Vid inkomsten d. 8/12 hade kvinnan muköse papler å och kring vulva, alopeci, adenit i ljumskar, nacke m. m. Barnet ytterligt magert och atrofiskt men utan tydliga symptom af syfilis; afled d. 14. Vid obduktionen funnos inga makroskopiska förändringar; förbeningen å hufvudskålen långt framskriden, främre fontanellen helt liten.

Fall 59.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 5:e månaden. *Behandl.:* 8:e månaden kvicksilfverjodur i ringa kvantitet.
Smittad af **barnfadern? Ok. Barnet** utskr. dödt.

Förstföderska. Hafvande i april 1872. Fosterrörelser i början af september. Omkring midten af oktober sår i vulva. Vid inkomsten d. 4/11 primäraffektion å högra labium minus, adenit i ljumskarna. Den 17/11 roseol. Normala fosterrörelser. Fick å BB d. 27/11 ett ofullgånget foster, men symptomfritt, diade modern och artade sig någorlunda. I början af andra månaden intestinalkatarr och snart allmän anasarca under förminskad urinafgång. Då urinen någon tid därefter kunde erhållas, fans ej albuminuri. Förbättring. I midten af januari missfärgning i ansiktet, papulös syfilid, snufva. Ord. sublimatbad. Den 19/1 blödning ur näsa och mun, mörk öppning. Ryckningar i extremiteterna. Afled d. 22/1. Vid obduktionen befans hjärnan i sin helhet särdeles anemisk. Högersidig plevrit. Mjälten betydligt förstorad, fastvärt vid omgifningen. Lefvern stor; snittytan blek, ikterisk, homogen; konsistensen särdeles fast; gallblåsan håller något grågrön galla. Njurarna utan makroskopisk förändring. Gastromalacia nigra; tarmkanalen och öfriga organ utan förändring.

Fall 60.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.* 0.

Smittad af **barnfadern?** **Ok.** **Barnet** utskr. dödt.

Förstföderska. Sista regleringen i mars 1879. Fosterrörelser i augusti. I september sår i vulva. Vid inkomsten d. 8/10 5 primäraffektioner å vulva ringa adenit i ljumskarna. Den 14/10 roseol, som blef ymnigt, och snart tillkom angina. En af primäraffekterna öfvergick transformatione in loco i en typisk mukös papel, medan de öfriga bibehöllo sin ursprungliga karakter. Fosterrörelser och fosterljud ständigt normala; följdes ej noga sista veckan. Fick å BB d. 9/1 80 en ofullgången flicka, som afled följande dag. Placenta tjock företer en allmän villös placentit utom partiet närmast chorion, som är blodrikt och luckert; några mindre blodcoagula i några kotyledoner. Nafvelsträngen afsliten nära kakan, så att endast en liten del af venen medföljer; dess intima gulhvit. Fosterkroppen tämligen väl utvecklad. Ett större blodcoagulum omgifver med. obl. och sträcker sig in i 4:e ventrikeln. I öfrigt inga tydliga förändringar.

Fall 61.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.:* i 8:e månaden 2/3 gr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnet** utskr. dödt.

Förstföderska. Hafvande i augusti 1885. I slutet af februari eller början af mars 86 flytning från genitalia och värk. Vid inkomsten d. 5/4 sammanflytande mukösa papler å vulva och omgifningen, impetigo capitis, angina, adenit i ljumskar, nacke m. m. Fick å BB d. 26/4 en ofullgången men symptomfri gosse. Moderns mjölk blef snart otillräcklig. Den 12/5 ett pemphigusartadt utslag å händernas och fötternas insidor på låg papulös bas, fjällande papler å hakan. Den 13 ord. hydr. c. creta. Barnet tog sig ganska bra men i midten af juni påkom en enterokolit och det afled d. 2/7. Vid obduktionen visa sig de solitära körtlarna svälda och skifferfärgade, så äfven enskilda peyerska fläckar. Bakre hornen i hjärnans sidoventriklar korta och trånga, ependymet i ventriklarna delvis mjölkigt förtjockadt; närmaste delen af hvita substansen fast till konsistensen. Osteokondrit.

C. Barnen vid födelsen fullgångna och symptomfria, under observationstiden syfilitiska.

Fall 62.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 1:a månaden. *Behandl.:* i 4:e och 5:e månaden 28 smörjningar; i 8:e och 9:e 2 1/3 gr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Hafvande i slutet af maj 1884. I midten af juli sårnad å öfverläppen. Vid inkomsten d. 2/9 primäraffektion å öfverläppen, ansvälda submaxillarkörtlar, mukösa papler å vulva, roseol. Fosterrörelser den 4/10. Utgick d. 22/10 men återkom d. 14/1 85 med papulös angina och mukösa papler.

Fick å BB d. 25/2 en väl utvecklad gosse, som diade modern. Placenta företer några blodcoagula nära serotina och en större randinfarkt, men annars frisk likasom kärl och hinnor. Den 13/4 började barnet blifva oroligt, fick ojämn afföring, snart snufva och låga papler å hakan, därefter å flere kroppsdelar, samt mjältansvällning. Den 24/4 ord. hydr. c. creta. Utskrefs väl närd d. 9/7. Skall hafva dött samma års höst af diarré.

Fall 63.

Modern 31-40 år; **g.**; inf. i 1:a månaden. *Behandl.:* vid första anfallet 30 smörjningar.

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Förut tre barn med sin äkta man. Två af barnen smittades af fadern genom kyssande, det ena å öfverläppen, det andra å vänstra öfre ögonlocket. Smittad af det förra fick modern för två veckor sedan sårnader vid bröstvårtorna. Vid inkomsten hade kvinnan, som var hafvande i andra månaden, primäraffektioner vid bägge mamillerna och adenit i axillerna. Utskrefs symptomfri, innan secundaria visat sig. Fick d. 19/6 1892 en fullgången flicka, som uppföddes artificielt och höll sig frisk in uti andra månaden, då hon blef orolig och klen. Kvinnan inkom åter å SH med barnet d. 15/7. Hon hade själf långt avancerad lungtuberkulos och afled d. 12/8. Barnet, ganska väl närdt, hade snufva med blodig afsöndring, förstorad mjälte och ansvällning å nedre änden af vänstra öfverarmen, som hölls orörlig och tydligen ömmade vid tryck. Ord. tann. hydrarg. Efter en vecka flytning ur högra örat och snart facialparalysi, som sedan kvarstod. Barnet blef i öfrigt symptomfritt och tog sig ganska bra. På nyåret några abscederande körtelsvulster å halsen. Ny behandling. Mot slutet af våren började rachitis visa sig å tubera front. et parietalia. Denna tilltog, oaktadt barnet fostrade sig fullt oklanderligt. Den 23/11 kräkningar och diarré. Föll hastigt och dog d. 26. Vid obduktionen funnos tecken på gastroenterit och nefrit; därjämte ett typiskt cranium natiforme (Parrot), öfriga ben friska. Fadern och de två af honom smittade barnen vårdades här äfven.

Fall 64.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 2:a månaden. *Behandl.:* i 5:e och 6:e månaden 40 smörjningar; i 7:e och 8:e mån. 30 smörjningar.

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. fb.

Två barn förut med samme man. Åter hafvande i mars 1878. I slutet af maj sår i vulva; i början af juli utslag å genitalia och ansvällning å pannbenet. Vid inkomsten d. 27/7 oedema durum och en ytlig sårnad å vänstra lab. maj., adenit i ljumskarna, roseol, mukösa papler, periostit å os frontis. Fosterrörelser och fosterljud normala. Då de förra i början af oktober blefvo svaga, återtogs behandlingen. Fick å BB d. 19/12 en något klen gosse, som diade modern. Placenta här och där tunn mot ränderna men i öfrigt utan anmärkning. Barnet fostrade sig ganska väl till i midten af andra månaden, då det började blifva oroligt och dess mjälte ansvälde efter hand ganska betydligt. — Hydr. c. creta. — Förbättrades snart men utvecklade sig mindre väl. Fick ny behandling och utskrefs d. 8/8 tämligen bra närd, men mjälten ännu stor.

Fall 65.

Modern u. 21 år; **og.**; inf. i 2:a månaden. *Behandl.:* i 6:e—8:e månaden 8 thym.-kv.-inj:r; de två sista med längre mellantid.

Smittad af **barnfadern? Ok.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Hafvande i maj 1889. I början af oktober utslag å genitalia. Vid inkomsten d. 27/10 talrika mukösa papler å och omkring vulva, adenit i ljumskar, nacke m. m., lentikulär papulös syfilid, periostit å pannbenet. Fosterrörelser och fosterljud vanligen normala, de förra stundom svaga. Fick å BB d. 19/1 en fullgången gosse, som diade modern någon tid. Placenta företedde en villös placentit i öfre delarna och här och där endast i midten af kotyledonerna. Kärl och hinnor friska. Vid återkomsten till SH var barnet ganska långt men magert och slapt, samt hade förstorad mjälte. Den 6/3 visade sig låga, fjällande papler å ansiktet, snart utbredande sig, och därtill snufva samt högersidigt hydrocele. — Hydr. c. creta. Abscederande adenit vid vänstra käkvinkeln. Barnet föll altmera och dog d. 28/3. Vid obduktionen träffades anemi i de flesta organ, bronkit, förstorad, vid omgifningen fastväxt mjälte; högra testis större än den vänstra med tydligare septa och mellanliggande partier mera svällande än vanligt.

Fall 66.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 2:a månaden. *Behandl.:* i 6:e—8:e månaden 7 thymolkvicksilfverinjektioner, därefter 2 med längre mellantid.

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Hafvande i slutet af april 1890. Kring midten af aug. utslag å genitalia, som ökats. Vid inkomsten d. 22/9 talrika, mukösa papler å och kring vulva samt å tungan, angina, adenit i ljumskar m. m. Fick å BB d. 29/1 91 en fullgången gosse, som diade modern. Placenta frisk med frånseende af några små randinfarkter; den ena nafvelsträngsarterens intima hvitaktig och dess vägg förtjockad; flere mindre, affärgade, väggfasta tromber å dess yta. Barnet artade sig till en början väl, men i slutet af första månaden blef det oroligt, fick snufva och mjältförstoring. Den 2/3 ord. tann. hydrarg. Barnet tog sig i vikt, men höll sig blekt och slapt. Kunde ej väl uppbära hufvudet, som sjönk bakåt eller åt sidorna. Bakhufvudet stort, pannan något låg och bakåtlutande. Främre fontanellen ej utbuktad och mindre än vanligt, ingen veninjektion. Sagittalsömmen mera öppen än normalt. Barnets utseende ovanligt slött och tungan ständigt hängande fram ur munnen. Tog kvicksilfver till d. 2/5, och behandlingen återtogs d. 1/7. Hufvudskålens form förbättrades efter hand, och utseendet blef småningom mera lifligt. Då gossen utskrefs d. 2/10 var han grof och frodig, vägde 10 k., men ännu blek, och mjälten ännu stor om också mindre än förut. Intogs åter d. 11/12 med ulcererande papler vid anus. Hade fallit betydligt i vikt. Ord. smörjkur. Tog sig ganska bra och utskrefs d. 23/4 92.

Fall 67.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* i 5:e och 6:e månaden 35 smörjningar, i den 9:e kvicks.-jodur (2 1/2 gr.).

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; **utskr. dödt.**

Ett barn för 4 år sedan, som snart afled i okänd sjukdom. Hafvande i slutet af juni 1873. I början af oktober sår i vulva. Vid inkomsten d. 13/10 två primäraffektioner å högra, en å vänstra lab. maj., adenit i ljumskarna. Den 16/11 roseol å bålen, körtelsvulst i nacken. Fosterrörelser och fosterljud

i allmänhet normala. Den 5/8 74 visade sig irit hos modern. Fick å BB d. 31/8 en fullgången och väl utvecklad flicka. Placenta utan förändring med frånseende af några mindre randinfarkter och fläckvis förtätning öfver chorion. Nafvelsträngsvenens och den ena arterens yta hvitaktig och dess väggar förtjockade; den andra arteren slutar blindt och tömmer sig i den förra genom den vida ram. communicans. Barnet, som diade modern, började d. 9/4 blifva oroligt, fick någon snufva. Denna fortfor, och barnet fostrade sig ej väl, men tydliga symptom af syfilis kunde ej upptäckas. Den 5/6 iakttogs en tämligen stark venfylnad kring främre fontanellen, som var något spänd. På morgonen d. 6 ett anfall af cyanos och försvårad respiration. Hämtade sig efter ett afförande lavement, men två nya anfall förekommo snart, och flickan dog vid det sista. Vid obduktionen iakttogs följande: Hufvudskålen välbildad: å hjärnans främre vänstra del är dura fästad vid de mjuka hinnorna genom flera fina bindväfsträngar: å högra occipitalloben äro de mjuka hinnorna å en mindre fläck mjölkhvita, förtjockade; bakre hornen i bägge sidoventriklarna nästan fullständigt obliltererade, men ventrikelväggen i öfrigt utan tydlig förändring; blodledarna och de större venerna i hjärnan hålla tämligen mycket blod, annars äro hjärnans alla delar bleka. Mjälten betydligt förstorad, men vinkelböjd; dess kapsel förtjockad. Hjärtat stort: ansenliga affärgade coagula i bägge förmaken och inpå mitralvalvlen. Å den senare finnas flere öfvertaliga fibriller, af hvilka de flesta fästa sig å den flik, hvarifrån de utgå, men två gå öfver denna och äro fästade vid den andra flikens rand. Endocardium i vänstra ventrikeln mjölkigt förtjockadt. Njurarna utan makroskopisk förändring, men urinen håller något ägghvita. I öfrigt ingenting att anmärka.

Fall 68.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* i 6:e—9:e månaden 10 smörjningar — stomatit — därefter 4 gr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** efter 3:e månaden; **utskr.** symptomfritt.

Förut två barn, det sista dödt af njursjukdom vid 1/2 år. Hafvande i november 1879. I början af april 1880 utslag å genitalia. Vid inkomsten d. 29/4 talrika mukösa papler å vulva, papulös syfilid, måttlig, allmän adenit. Fick å BB d. 9/8 en fullgånden flicka, som diade modern. De återkommo först d. 17/9 och utskrefvos på moderns begäran d. 4/10, utan att syfilis visat sig hos barnet. Inkommo åter d. 3/1 81, modern behäftad med mukösa papler och flickan, som var ganska väl närd, likaledes med mukösa papler vid anus och å vulva, men i öfrigt symptomfri. — Hydr. c. creta. — Hon utskrefs frisk d. 27/7 med modern, som under tiden blifvit två gånger behandlad för recidiv. Äfven under följande vinter genomgick kvinnan specifik behandling. Hon inkom d. 4/1 1887 med en flicka, född i april 1885. Denna hade alltid varit frisk till en månad före inkomsten, då hon fick utslag, hade nu muköśa papler vid anus. Modern hade ulcererande gummata å pannan och talrika ärr å underbenen efter sår, som kommit och gått under flere år. Hon hade flyttat från ställe till ställe. Det förra af dessa barn var möjligen smittadt af modern post partum, det senare antagligen af annan person.

Fall 69.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* i 6:e och 7:e månaden 2 1/2 gr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern? Ok.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Hafvande i november 1880. I midten af april 81 utslag å vulva. Vid inkomsten d. $^{2}/_{5}$ mukösa papler å genitalia och allmän måttlig adenit. Utgick emot råd d. $^{11}/_{6}$ och fick å BB i Upsala en fullgången flicka, som tycktes vara frisk, men efter 2 veckor fick blåsor å händer och fötter samt annat utslag å kroppen och dog vid 5 veckors ålder. Modern inkom i februari 1887 med ulcererande gummata å bägge underarmarna.

Fall 70.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 3:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. fb.

Förstföderska. Hafvande i december 1881. I slutet af maj eller början af juni 82 utslag å vulva, som kvarstått. Fick å BB d. $^{28}/_{9}$ en fullgången flicka, som diade modern. Vid inkomsten d. $^{7}/_{10}$ hade modern talrika nu torra papler å vulva och perinæum samt ringa adenit. Barnet, som förut fostrat sig väl, började i 6:e veckan falla af och fick fjällande papler kring mun och handlofvar samt vätskande papler vid anus. — Hydr. c. creta. — Nytt liknande anfall på nyåret 1883, i februari lindriga tecken till hydrocephalus, men de minskades, och barnet fostrade sig ganska bra samt utskrefs d. $^{17}/_{4}$. Inkom åter d. $^{3}/_{7}$ med mukösa papler vid anus, förstorad mjälte och något uppstående frontalben. — Hydr. c. creta. — Uttogs snart af modern.

Fall 71.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* i 6:e—8:e månaden 4 gr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern? Nej.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Sista regleringen i början af december 1885. I slutet af april 86 utslag å genitalia. Vid inkomsten d. $^{31}/_{5}$ tallösa, mukösa papler å och kring vulva, adenit i ljumskarna, ringa annorstädes. Fick å BB d. $^{19}/_{8}$ en nära fullgången gosse. Placenta ovanligt liten och tunn men utan tydlig förändring: kärlen friska. Barnet, som vid återkomsten till SH d. $^{28}/_{8}$ vägde 2,9 kg. och diade modern, artade sig väl till en början, men redan d. $^{14}/_{9}$ började han falla i vikt och blifva slapp. Snart visade sig en paronyki å några fingrar och tår, snart å nästan alla; därtill kom en ringa blodig afsöndring från näsan. Den 24 ord. hydr. c. creta. Den $^{4}/_{10}$ iakttogs, att bägge armarna lågo orörliga och att ungen skrek, då man fattade uti dem, men ingen svullnad kunde upptäckas å benen. Förbättrades snart, sedan 4 naglar fallit bort, men behandlingen måste d. 18 upphöra på grund af diarré, återtogs d. $^{15}/_{11}$ i form af smörjkur; paronykien hade börjat på nytt och mukösa papler uppstått å scrotum. På nyåret abscederande adenit vid högra käkvinkeln. Fostrade sig sedan ganska väl och vägde vid utskrifningen d. $^{20}/_{3}$ 6,8 kg.

Fall 72.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 3:e månaden. *Behandl.* i 6:e—9:e månaden 10 injektioner med oxid. hydr. flav. à 5 cgr.

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Ett lefvande och friskt barn med samme man. Hafvande i oktober 1887. Något före midten af mars 88 ondt i halsen och snart utslag å kroppen. Vid

inkomsten d. 16/4 blek och klen, med muköaa papler å vulva, papulös syfilid i olika utvecklingsstadier, angina, periostit å högra andra refbenet, ringa adenit i ljumskar och annorstädes. Symptomen envisa. Efter 9:e injektionen symptom af lungemboli. Fosterrörelser och fosterljud under hela tiden normala. Fick å BB d. 23/7 en väl utvecklad gosse, som till en början fostrade sig väl, oaktadt modersmjölken snart blef otillräcklig. I slutet af augusti började han få en dock obetydlig snufva, sedan en ringa missfärgning kring munnen, var något orolig och skrikig men hade god matlust. Då en tydlig mukös papel visade sig vid anus, gafs d. 10/9 hydr. c. creta. Den 13/9 blef barnet klent, fick någon hosta och påskyndad respiration, hvarvid öfver lungorna ej hördes något annat abnormt än ett eller annat sonort ljud och något förlängd expiration. Den 16 diarré, som fortfor d. 17; dyspné. Afled samma dag. Ingen förlamning eller pares kunde iakttagas. Vid obduktionen fans en hemorragisk pakymeningit kring hela stora hjärnan. Vänstra frontallobens främre nedre sidodel fästad vid dura. Vid aflossning öppnas en nära kastanjestor uppmjukningshärd, hvars centrum är sönderflytande. Vid öfvergången mellan öfre och mellersta tredjedelen af gyr. central. ant. et post. dexter, mest den förra, äro de mjuka hinnorna infiltrerade, gulhvita och hjärnmassan lätt insjunken. Här finnes en nötstor uppmjukningshärd, i den hvita substansen, öfvergående på den grå. Infiltrationen i hinnorna sträcker sig småningom aftagande till fiss. Sylvii. Hjärnans hvita substans i allmänhet rosafärgad, den grå blodrik. De centrala ganglierna och öfriga delar af hjärnan friska; så äfven kärlen å basis cerebri. Alla öfriga organ utan makroskopisk förändring; endast mjälten obetydligt förstorad.

Fall 73.

Modern 31-40 år; **g.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* en ringa kvantitet kvicksilfverjodur i 8:e månaden.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Gift och hafvande i oktober 1887; mannen vårdad på våren samma år på SH för syfilis. I mars 1888 utslag å vulva och ondt i halsen. I juni behandlad å SH:s poliklinik för muköaa papler och angina: uteblef snart. Fick d. 27/7 en fullgången flicka, som diade modern och till en början fostrade sig väl. Den 10/9 utslag å barnets kropp och d. 14 lamhet i dess armar. Vid inkomsten d. 19/9 hade modern muköaa papler å tungan och måttlig allmän adenit. Barnet, ganska väl närdt, småkvider jämnt. Någon snufva. Låga brungrå papler i olika utvecklingsstadier å nedre extremiteterna och handryggarna. Någon mjältförstoring. Bägge armarna hållas orörliga; ingen tydlig ansvällning å deras ben. — Hydr. c. creta. — Snar förbättring. Utskrefs d. 12/11.

Fall 74.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* i 6:e och 7:e månaden 30 smörjningar à 3 gr.; i den 8:e och 9:e 3 gr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** efter 3:e månaden; utskr. symptomfritt.

Ett numera dödt barn för 5 år sedan. Hafvande i oktober 1888. I slutet af januari 89 sår i vulva och därför behandlad å länets kurhus. Vid inkomsten d. 31/8 muköaa papler å vulva; roseol, angina, adenit å ljumskar och hals. Fick å BB d. 2/8 en fullgången flicka. Placenta skall ej hafva visat någon patologisk förändring. Barnet, som diade modern, fostrade sig i allo väl. Den 23/10 uppträdde ett scarlatiniformt utslag öfver hela kroppen,

som efter 3 dagar försvann under mjällartad fjällning. Symptom af syfilis visade sig ej, och flickan utskrefs frisk och väl närd d. 1/11. Moder och barn återkommo d. 7/5 90. Den förra hade mukösa papler, det senare, som var ganska frodigt, papulös syfilid å bålen, papulös angina och någon adenit. Hade haft utslaget i 4 dagar. Ingen snufva eller mjältförstoring. Uttogs af modern d. 7/6. Antagligen smittad af denna efter första utskrifningen.

Fall 75.

Modern u. 21 år; **og.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.*: i 8:e och 9:e månaden 6 thymolkvicksilfverinjektioner.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Hafvande i maj 1890. I förra hälften af oktober utslag i vulva, som altmera ökats. Vid inkomsten talrika mukösa papler, angina, adenit i ljumskar och annorstädes. Blek och klen, hade kronisk magkatarr, som först behandlades. I midten af januari kvicksilfverbehandling. Fosterrörelser och fosterljud utan anmärkning. Fick å BB d. 25/2 en flicka, som ansågs fullgången men endast vägde 2,615 kg. Placenta företer en nästan allmän, till graden växlande förtätning öfver chorion, än platt, än höjande sig upp i kakan i form af infarkter, 3—4 små randinfarkter; substansen något blek men lucker; betydlig endarterit och endoflebit i nafvelsträngens kärl, mest den ena arteren, som är förträngd. Barnet hade dagen efter födelsen tagit bröstet och synts vara friskt. Den 28 iakttogos några blåröda fläckar å dess kropp och likaså d. 29. Den 1/3 visade det sig oroligt, blef alt sämre och föll i ett dvallikt tillstånd. Vid inkomsten å SH d. 3/3 låg barnet tyst och stilla med slutna ögon och ytterst blekt ansikte; främre fontanellen snarare något liten, men utbuktad, spänd och pulserande, omgifven af några väl fylda vener. Blåaktiga hemorragiska fläckar på huden å flere kroppsdelar. Ingen förlamning att upptäcka. Kan ej dia modern men tager litet mjölk ur sked. Den 7 började barnet fatta flasknappen (modern hade ingen mjölk), och från d. 10 kunde det ordentligt taga sin näring. Det blef nu småningom mera vaket, blekheten minskades, och främre fontanellen sjönk in; vägde d. 7/4 3 kg. Den 15/4 började flickan åter försämras utan tydlig orsak och föll altmera. Den 27 förefans å högra glutalregionen en större, djupt liggande något fluktuerande svulst, som vid incision höll flytande och koagulerad blod. Afled d. 29/4. Ingen förlamning eller pares hade kunnat iakttagas. Vid obduktionen fans ett mycket betydligt hæmatoma duræ matris, intagande största delen af högra parietalbenet, ganska fast till konsistensen, af mörkt rödbrun färg och beklädt med ett tunt lager af dura, hvilket här och där är missfärgadt nekrotiskt. Å öfriga delar af duras hela inre yta en mängd större och mindre, i affärgning stadda, hemorragiska beläggningar. Hematomet är mäktigast baktill och motsvarande detta parti är en del af occipitalloben intryckt och tillplattad. Här finnes en betydlig ramollition i hjärnans hvita substans och de djupare delarna af den grå. Samma förändring om också ej så betydlig finnes i växlande grad å hemisferens hela öfre och sidodel; endast gyr. front. sup. synes vara fri. Högra sidoventrikelns bakre horn obltitereradt; corpus striatum tillplattadt utan synbar förändring i öfrigt; thalamus opt. helt liten, rundad, hård. Vänstra hemisferen samt öfriga delar af hjärnan utan anmärkning. Så äfven kroppens andra organ.

Fall 76.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Förut ett ännu lefvande friskt barn. Hafvande i september 1889. Omkring midten af januari 90 ömhet å genitalia och flytning, i mars utslag å kroppen. Fick å BB (?) d. 4/6 en något förtidig flicka. Kunde ej amma. Vid inkomsten d. 13/6 lämningar efter mukösa papler å genitalia, pigmentfläckar efter utslaget å armar och ben, adenit i ljumskar m. m. Barnet något magert men symptomfritt. Den 7/7 anmärktes, att barnet föga rörde högra armen; nedre änden af öfverarmen något ansväld. Mjälten förstorad. — Hydr. c. creta. — Efter 5 veckor armen normal. Inga nya symptom af lues. Fram uti augusti gastroenterit. Föll i marasm och dog d. 13/9. Vid obduktionen fans hyperemi i tunntarmens nedre del med ansvällning af peyerska fläckarna och några hampfröstora sår i en af dem. En del mesenterialkörtlar ansvälda. Mjälten föga förstorad men fästad vid bukväggen.

Fall 77.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* i 6:e och 7:e månaden 30 smörjningar å annat sjukhus.

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

Frånskild hustru. Tre barn i äktenskapet. Hafvande i mars 1891, fick hon i juni sår i vänstra munvinkeln, vände sig till sjukhus, där såret diagnostierades som syfilitiskt och exciderades i midten af juli. Tre veckor därefter allmänt illamående och snart fläckigt utslag å bål och armar. Genomgick då smörjkur. Fick å BB d. 6/12 en fullgången gosse. Placenta med frånseende af ett par små randinfarkter frisk. Vid inkomsten å SH d. 2/2 1892 företer modern ett stråligt, mjukt ärr, där primäraffekten haft sin plats: symptomfri. Barnet, som diat modern, hade varit oroligt och haft ojämn afföring. I 7:e veckan utslag å ansiktet och å nedre extremiteterna. Hade nu snufva, fjällande papler å ansikte och hals, flere subkutana abscesser å nedre kroppsdelarna, förstorad mjälte. — Tann. hydrarg. — Utskrefs d. 31/3. De återkommo d. 17/5 1893, modern med grupperade syfilitiska papler, barnet gracilt men symptomfritt.

Fall 78.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* i 6:e månaden 1 1/2 gr. kvicksilfverjodur af läkare i staden.

Smittad af **barnfadern? Nej.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Hafvande i början af juni 1891. I oktober utslag å vulva och ondt i halsen. Fick å S BB d. 10/3 92 en fullgången gosse, som diade modern. I tredje veckan fick barnet snufva och utslag i ansiktet. Vid inkomsten d. 16/4 hade modern angina och en måttlig allmän adenit; i öfrigt symptomfri. Barnet oroligt; munnens hela omgifning fjällande och skorpig af rödbrun färg; blödande ragader å läpparna; snufva; fjällande fläckar å knäregionerna. — Hydr. c. creta. — Den 26 pseudoparalysi i armarna, mest den högra; nedre änden af högra humerus något sväld. Snar förbättring. Modern uttog barnet redan d. 13/5.

Fall 79.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Hafvande i mars 1872. I midten af september allmänt illamående och snart ett fläckigt utslag å bålen. Fick å BB d. 7/12 en fullgången gosse. Moderns högra lab. majus var ansväldt och hårdt samt sårigt, men detta försvann under puerperium. Vid inkomsten å SH d. 21/12 hade modern en betydlig adenit i ljumskarna och annorstädes, en torr papel å högra lårvecket. I slutet af januari en miliär, papulös syfilid, som blef envis. Genomgick smörjkur. I juni hufvudvärk, därefter vänstersidig hemiplegi, afasi, strabism. div. sin., stupiditet. — Ord. smörjkur och jodkalium. Förbättring men åter försämring. Afled d. 9/2 1874. Vid obduktionen fans en gammal ej obturerande tromb i högra art. f. Sylvii och uppmjukningshärdar i corpus striatum (mest nucl. lenticularis). Barnet var vid inkomsten klent, diade till en början modern. I femte veckan snufva, mjältförstoring, papulös syfilid. — Hydr. c. creta. — Föll hastigt. Buken stor och ömmande, mest öfver mjälten, hastig respiration, fina rassel öfver lungornas bakre och undre delar. Afled d. 9/2 1873. Vid obduktionen träffades en betydligt förstorad vid omgifningen fästad mjälte, interstitiel hepatit, dubbelsidig bronkopnevmoni.

Fall 80.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.:* i 8:e och 9:e månaden 37 smörjningar.

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

För 3 år sedan fullgången gosse, som snart dog af bröstsjukdom. Hafvande i juli 1873; i början af februari 1874 upphöjdt utslag å vulva. Vid inkomsten d. 24/2 talrika muköse papler å genitalia, angina, allmän adenit. Fick å BB d. 23/4 en väl utvecklad gosse, som diade modern. Placenta utan anmärkning. Barnet fostrade sig ej väl, hade ojämn afföring. Den 22/6 iakttogs en betydlig ansvällning af mjälten och ömhet vid tryck däröfver. — Smörjkur. — Snar förbättring och artade sig sedan länge väl. Vid jultiden snufva med blodig sekretion och ett allmänt eczem. Föll småningom. I april periostit efter hand i vänstra ringfingrets första falang, vänstra lilltåns metatartalben, vänstra ulna. m. m. — Hydr. c. creta. — Någon förbättring å en del ben, men allmänna tillståndet klent. Den 4/8 flere konvulsiviska anfall. Afled samma dag. Vid obduktionen befunnos några bronkialkörtlar ostiga; en mindre ostig härd i högra lungan, sparsamma miliartuberkler i lungorna, talrika i den förstorade mjälten och lefvern; en större tuberkel, som utgående från pia mater sänkt sig djupt in i gyr. angularis sin.; mjölkig förtjockning af hinnorna i omgifningen.

Fall 81.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.:* i 7:e och 8:e månaden 30 smörjningar.

Smittad af **barnfadern? Nej.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Hafvande i november 1874; i början af april 75 sår i vulva. Vid inkomsten d. 4/5 primäraffektion å clitoris och måttlig adenit i ljumskarna. Den 10/5 roseol. Fosterrörelser och fosterljud normala. Fick å BB d. 31/8 en gosse, som uppföddes vid flaska. Vid återkomsten till SH var gossen klen, hade tarmkatarr och nefrit; förbättring. Den 1/10 oro och snufva samt betydlig mjältansvällning. — Hydr. c. creta. — Höll sig klen. I mars 76 åter snufva och fjällande papler i ansiktet. — Smörjkur. — Efter någon tid lungkatarr, som blef kronisk. Småningom förtätning i vänstra lungan. Den 11/2 77 konvulsiviska anfall, d. 17 sopor. Afled d. 24. Vid obduktionen

kronisk pnevmoni i vänstra lungan, ostiga bronkialkörtlar, miliartuberkler i lungor, den förstorade mjälten och lefvern, basalmeningit med betydlig hydrocephalus.

Fall 82.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.:* i 6:e och 7:e månaden 4 gr. kvicksilfverjodur; i den 9:e kvicksilfverjodur under kortare tid.

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. dödt.

Ett barn för 5 år sedan, dog snart af maginflammation. Hafvande i oktober 1881; i början af mars 82 sår å vulva. Vid inkomsten d. 4/4 primäraffekt å bägge lab. maj. och vänstra lab. min. Den 19/4 roseol. Fosterrörelser och fosterljud normala. Utskrefs d. 19/5 men återkom d. 4/7 med papulös angina. Fick den 21/7 å BB en fullgången flicka. De återkommo d. 29/17. En vecka därefter fick barnet ett papulöst utslag vid anus och vulva, något misstänkt men ej typiskt. Snart uppträdde gastro-enterit och bronkit. Barnet afled redan d. 22/8. Vid obduktionen tecken på sistnämnda sjukdomar. Barnets syfilis tvifvelaktig.

Fall 83.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.:* i 6:e—8:e månaden 4 1/2 gr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Hafvande i april 1884; i senare hälften af augusti sår i vulva. Vid inkomsten d. 29/9 primäraffektion å högra lab. maj. et min., ringa adenit, roseol, faryngit. Utskrefs d. 15/12. Födde d. 14/1 85 i hemmet en fullgången flicka, som snart sattes på artificiel kost. I 4:e veckan snufva och utslag. Vid inkomsten å SH d. 24/2 var barnet oroligt, ansiktet missfärgadt med fjällande papler kring mun och haka, samt blödande ragader å läpparna; snufva. — Hydr. c. creta. — Försämriag, hosta med lösa rassel i lungornas nedre bakre delar och andnöd. Afled den 12/3. Vid obduktionen dubbelsidig bronkopnevmoni, mjältförstoring, osteokondrit.

Fall 84.

Modern 21-30 år; **g.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.:* i 6:e—8:e månaden 4 1/2 gr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. fb.

Förstföderska. Hafvande i augusti 1885; på nyåret sårnader i vulva. Vid inkomsten d. 12/2 primäraffektion å bägge lab. maj., adenit i ljumskarna, roseol, angina. Utgick d. 9/4 och fick i hemmet d. 16/5 en fullgången gosse, som diade modern. Uppvisades d. 29/6. Barnet var magert och hade paronyki å några fingrar och tår, men inga andra tydliga symptom af syfilis. — Hydr. c. creta. — Afhördes ej.

Fall 85.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. friskt.

Förstföderska. Hafvande i augusti 1885; vid jultiden sår i vulva, i februari upphöjdt utslag å genitalia. Fick å S BB d. 7/5 86 en fullgången flicka. Vid inkomsten till SH d. 10/5 hade modern flere stora, mukösa papler å lab. maj. och perinæum, adenit i ljumskar, nacke m. m. Barnet, väl närdt, diade modern. Den 26/5 iakttogs en betydligt mindre rörlighet å de högra än de vänstra extremiteterna, och de syntes ömma vid passiva rörelser, men någon ansvällning å benen kunde ej konstateras. Den 1/6 sparsamma låga papler i ansiktet, snart, dock få, å andra kroppsdelar. — Hydr. c. creta. — Utskrefs frodig och symptomfri d. 18/9. Vårdades samma års vinter och hösten 1887 för syfilis.

Fall 86.

Modern **u.** **21** år; **og.;** inf. i 4:e månaden. *Behandl.:* i 7:e och 8:e månaden 3 gr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Hafvande i april 1886; emot midten af oktober utslag å genitalia och bålen. Vid inkomsten d. 27/10 flere låga, vätskande papler å lab. maj., roseol, måttlig allmän adenit. Fosterrörelser något ojämna; fosterljud normalt. Fick å BB d. 27/1 87 en fullgången gosse. Han tycktes vara frisk och artade sig väl till d. 30, då han blef orolig och ej ville taga bröstet. Den 31 blef han tyst, låg i dvala och afled följande natt. Inga konvulsioner eller förlamningar kunde iakttagas. Vid obduktionen befans stora hjärnans såväl hinnor som substans blodrika. Såväl öfver som under tentorium i subduralrummet en ej obetydlig kvantitet mörk, flytande blod, mest å senare stället, där det omspolade med obl. Talrika eckymoser i plevra. I öfrigt ingenting att anmärka utom en ringa osteokondrit.

Fall 87.

Modern **31-40** år; **g.;** inf. i 4:e månaden. *Behandl.:* i 8:e och 9:e månaden 3 gr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** efter 3:e månaden; utskr. friskt.

Förut en ännu lefvande, 3-årig gosse. Anser sig smittad af denne, som är utackorderad men besökt hemmet på söndagarna. Det kan dock ej ådagaläggas, att gossen varit smittad före modern. Denna blef hafvande i februari 1886; i augusti ondt i halsen och snart utslag i vulva. Vid inkomsten d. 15/10 mukösa papler å genitalia, papulös angina, svälda körtlar såväl innanför underkäken som i ljumskarna. Fick å BB d. 28/11 en väl utvecklad gosse. Placenta något tunn men frisk. Barnet, som diade modern, höll sig friskt å SH, men modern utgick redan d. 16/12. De intogos åter d. 22/4 87. Barnet, som var väl närdt och af friskt utseende, hade mukösa papler vid anus och i några lårveck; ingen snufva eller mjältsvulst. Utslaget hade visat sig d. 10/4. — Hydr. c. creta. — Utskrefs d. 27/6. Ännu en gång behandlad för liknande symptom i början af 1888. Antagligen smittad af modern post partum.

Fall 88.

Modern **31-40** år; **og.;** inf. i 4:e månaden. *Behandl.:* i 7:e—9:e månaden 7 calomelinj:r, de 3 sista med 2—3 veckors mellantid.

Smittad af **barnfadern? Nej.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. dödt.

Konkubin. Ett barn med samme man, födt d. 19/1 1886, hvilket hon fortfarande lät taga bröstet, då hon i april 1887 åter blef hafvande. I juli emottog hon ett 6 veckor gammalt barn till amning, som var klent, hade utslag vid anus och hastigt dog i slutet af augusti. Omkring en vecka efter dess död uppstod ett sår å hennes högra, snart äfven vänstra bröstvårtan. Vid inkomsten å SH d. 13/10 primäraffektion vid bägge vårtorna, svälda körtlar i axillerna, talrika mukösa papler å vulva, angina m. m. Fosterrörelser normala; så äfven fosterljudet, som mot slutet blef långsamt, stundom endast 114. Fick å BB d. 23/1 88 en fullgången flicka. Placenta, som är något stor och tung, företer en villös placentit hufvudsakligen å öfre delen och mest framträdande i midten af kotyledonerna; kärl och hinnor friska. Barnet fick till en början taga kvinnans vänstra bröst, som var väl läkt, men sattes snart på flaska. Det fostrade sig väl till d. 19/2—20/2, då det började blekna, blifva likgiltigt för födan och få benägenhet för kräkning, hvartill efter hand kom en alt större sömnaktighet. Huden höll sig ren; endast uppstod vid anus en låg valkartad ansvällning. Mjälten kändes under refbensranden dock föga. Främre fontanellen liten, ej prominerande och inga andra tecken till hydrocephalus. Föll altmera och afled d. 29/3. Vid obduktionen fans ependymit i hjärnans sidoventriklar och bägge bakre hornen trånga, deras spetsar oblitererade; flammig rodnad i hjärnans hvita substans; vidare bilateral bronkopnevmoni; mjälten något förstorad och med färska adherenser fästad vid diaphragma; njurarnas korticalsubstans sväld med ojämn injektion och några små blödningar i pyramiderna. Kvinnans första barn, hvilket hon efter sårens uppkomst ej lät dia, undgick syfilis.

Fall 89.

Modern 21-30 år; **og.:** inf. i 4:e månaden. *Behandl.:* i 7:e—9:e månaden 10 injektioner med 5 cgr. oxid hydr. flav., de två sista med längre mellantid.

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 3:e månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Hafvande i oktober 1887, i februari 88 sårnad i vulva, kring midten af mars utslag å kroppen och svårighet att svälja. Vid inkomsten d. 11/4 primäraffektion å vänstra lab. maj., adenit i ljumskar m. m., erythema papulatum, angina. Fick å BB d. 20/7 en väl utvecklad gosse. Placenta något blek men substansen lucker och utan förändring med frånseende af en större randinfarkt. Barnet, som diade modern, artade sig väl. Den 24/9 anmärktes någon snufva och hudlöshet vid ena mungipan jämte någon mjältförstoring. — Hydr. c. creta. — Snart symptomfritt i öfrigt, men mjälten tämligen stor. I början af december abscederande adenit vid vänstra käkvinkeln. Utskrefs d. 30/3 89 ganska frodigt. Afled d. 20/5 s. å. efter några dagars lungsjukdom.

Fall 90.

Modern 31-40 år; **og.;** inf. i 4:e månaden. *Behandl.:* i 7:e—9:e månaden 8 injektioner med 5 cgr. oxid. flav.

Smittad af **barnfadern? Ok.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Hafvande i slutet af juni 1889; i början af januari 90 utslag å vulva. Vid inkomsten d. 19/1 talrika mukösa papler å genitalia, måttlig allmän adenit. Fosterrörelser och fosterljud normala i öfrigt, men

ett tämligen sträft biljud vid det senare. Fick å BB d. $^{2}/_{4}$ en fullgången gosse. Placenta företer en större och två mindre infarkter, i öfrigt utan anmärkning. Barnet, som diade modern, var något klent och magert, men tog sig ganska bra. Den $^{9}/_{5}$ började det blifva oroligt, få ojämn afföring och någon snufva. Buken började ansvälla, och d. 18 var den betydligt uppdrifven med ansenlig veninjektion öfver, äfven något under nafveln. Mjälten och lefvern ansenligt förstorade. Ytlig respiration. Hastig puls. Ingen feber. Barnet synes föga ömma vid undersökning. Samma tillstånd med ökad svaghet under följande dagar. Afled d. $^{21}/_{5}$. Vid obduktionen anmärktes: Hufvudskål och hjärna friska: någon atelektas i lungornas bakre nedre delar: mjälten betydligt förstorad med fläckvis förtjockad kapsel och mörkröd substans; lefvern stor och tung samt af mycket fast konsistens, dess snittyta vanligen grågul, något vaxliknande, homogen, med öfveralt spridda små gulhvita punkter samt här och där kring de större portalkärlen partier med en flammig körsbärsfärgad rodnad, i hvilka fläckar acini äro tämligen tydligt markerade: gallan tunn, brunaktig. I öfriga organ ingenting att anmärka.

Fall 91.

Modern u. 21 år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Hafvande i augusti 1869: i april 70 utslag å vulva. Fick d. $^{15}/_{5}$ en gosse, som ansågs fullgången och diade sin moder omkring en månad. Redan efter en vecka snufva, ojämn afföring, utslag kring munnen, därefter andra kroppsdelar. Vid inkomsten d. $^{5}/_{7}$ hade modern mukösa papler, fjällande papler i nacken, angina, allmän måttlig adenit. Barnet emacieradt. Munnens hela omgifning gråbrun. Å ansikte, rygg och axlar vesico-pustler af olika storlek och af skorpbildningar täckta erosioner; flere subkutana abscesser å hjässan och högra benet. Buken stor; diarré; mjälten ansväld. Adenit å ljumskar och hals. Afled d. $^{9}/_{7}$. Vid obduktionen anasarca å händer och underarmar, subkutana abscesser af olika storlek, förstorad mjälte med förtjockad kapsel, interstitiel hepatit, njurarna utan tydlig förändring och urinen albuminfri, pigmenterade körtlar i colon, varhärdar i ett par förstorade körtlar i högra ljumsken.

Fall 92.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.:* i 7:e och 8:e månaden 35 sublimatinjektioner à 4 mgr.

Smittad af **barnfadern? Ok.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Hafvande i december 1869; i början af maj 1870 sår i vulva. Vid inkomsten d. $^{12}/_{6}$ primäraffektion å vänstra nymfen och i vänstra lårvecket, adenit i ljumskarna. Den $^{16}/_{6}$ erytem å bålen. Utskrefs symptomfri d. $^{6}/_{8}$, men intogs åter d. $^{10}/_{9}$. Fick å BB d. $^{11}/_{9}$ ett fullgånget barn, som var svagt och afled efter ett par dagar. Vid obduktionen, som förrättades å SH, fans en betydlig blodutådring i lilla hjärnans mjuka hinnor baktill och nedtill, omspolande med obl., som var utan makroskopisk förändring, men sannolikt lidit tryck af det betydliga extravasutet. I öfrigt ingenting att anmärka.

Fall 93.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. dödt.

För 6 år sedan ett ännu lefvande friskt barn. Hafvande i mars 1870; i slutet af september svårt att svälja och snart utslag i blygden. Vid inkomsten d. $^{30}/_{11}$ talrika mukösa papler å vulva, angina, adenit. Fick å BB d. $^{6}/_{12}$ ett litet men i öfrigt väl utveckladt barn. Den $^{3}/_{1}$ 71 började barnet blifva klent. Den 5 ödem i vänstra benet; vänstra sidan af buken utstående och kändes här den betydligt förstorade mjälten. Den 6 ödem i högra benet och bukbetäckningarna; nafveln ej läkt, ulcererande; urinen fri från albumin; diarré; feber. — Hydr. c. creta. — Afled den 26. Vid obduktionen iakttogs allmän anasarca; buken betydligt uppdrifven; nafveln sårig och missfärgad; bukkaviteten innehåller ett kvarter af en svagt grumlig vätska med några genomskinliga membranösa coagula; peritonæum glatt utan afsättningar eller nämnvärd injektion; mjälten ansenligt förstorad, delvis fastväxt vid omgifningen; lefvern stor, af gråbrun färg, homogen snittyta och fast konsistens; lungornas bakre delar atelektatiska, de främre emfysematösa; njurarna utan makroskopisk förändring; urinblåsan nästan tom; hjärnanemi.

Fall 94.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.:* i 8:e och 9:e månaden 24 smörjningar — stomatit.

Smittad af **barnfadern.** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Förut ett barn, aflidet i tarmsjukdom. Hafvande i mars 1870. Kring midten af oktober utslag i vulva. Vid inkomsten den $^{2}/_{11}$ talrika muköса papler, impetigo capitis, allmän adenit m. m. Fick å HB d. $^{22}/_{12}$ en liten men frisk flicka, som diade modern. Under sista dagarna af januari 71 fick barnet snufva, papulös syfilid, snart ymnig, och mjältförstoring. — Smörjkur. — Utskrefs symptomfritt d. $^{28}/_{4}$. Intogs åter d. $^{19}/_{9}$ klen och svag med muköса papler vid anus, snufva, bronkit. Afled d. $^{25}/_{10}$. Vid obduktionen funnos rester efter en högersidig plevrit, allmän bronkit med några mindre bronkopnevmoniska härdar, nefrit.

Fall 95.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.:* i 7:e och 8:e månaden 20 smörjningar — stomatit.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Sista regleringen i slutet af april 1873; i slutet af september sår i vulva och omkring 5 veckor därefter utslag å genitalia samt svårighet att svälja. Vid inkomsten d. $^{8}/_{11}$ oedema durum å högra lab. maj. med sår å dess nedre del, mukösa papler å vulva och kring anus, roseol, angina, allmän adenit. Fick å BB d. $^{6}/_{2}$ 74 en väl utvecklad gosse, som diade modern. Den $^{23}/_{3}$ fläckigt utslag kring barnets mun, som snart sammanflöt, snufva, ojämn afföring. — Hydr. c. creta. — Fjällande fläckar å händer och fötter. Utskrefs d. $^{3}/_{5}$ symptomfri. Inkom åter d. $^{12}/_{6}$ från fostermoder i ett eländigt tillstånd, hade diarré och ständiga kräkningar, hvilka oaktadt använda medel fortforo. Föll i dvala, fick under sista natten konvulsioner och afled d. $^{24}/_{6}$. Vid obduktionen fans en nästan allmän leptomeningit kring stora hjärnan; vänstersidig bronkopnevmoni; ansvälda pigmenterade körtlar i groftarmen.

Fall 96.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ok.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Fick å BB d. 21/10 1876 en fullgången flicka. De intogos å asylen och här visade sig i tredje veckan hos barnet utslag kring anus, därefter å ansiktet samt snufva. Vid inkomsten å SH d. 27/11 förnekade modern envist syfilis hos sig själf, men medgaf sedermera, att hon omkring 2 månader före partus fått utslag å kroppen och dessförinnan haft sår å vulva. Hon hade ett mjukt ärr å högra lab. maj., adenit i ljumskarna, mest den högra, samt pigmenterade fläckar å underbenen. Barnet, som diade modern var klent, munnens hela omgifning missfärgad, låga, svagt fjällande papler å flere kroppsdelar, stor mjälte, ojämn afföring. — Hydr. c. creta. — Förbättrades i öfrigt, men mjältsvulsten snarare ökades, och snufvan fortfor. Den 2/1 vänstersidig otitis interna och snart äfven på högra sidan. Afled d. 25/1. Vid obduktionen fans varbildning i ena trumhålan, en djupt liggande abscess å halsens vänstra sida; mjälten betydligt förstorad och fästad vid omgifningen.

Fall 97.

Modern u. 21 år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.:* i 8:e och 9:e månaden 30 smörjningar.

Smittad af **barnfadern? Ok.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Sista regleringen i oktober 1878; i slutet af maj 1879 utslag å vulva. Vid inkomsten d. 5/6 muköva papler å lab. maj., papulös angina, allmän adenit. Fick å BB d. 6/8 en väl utvecklad flicka. Placenta skall hafva varit frisk. Barnet, som diade modern, fostrade sig väl. Den 31/9 iakttogs en ansvällning å nedre ändarna af högra radius och ulna med minskad rörlighet i handen. Denna ansvällning gick åter tillbaka, men barnet var något klent och tilltog ej i vikt. Den 31/10 observerades några små papler vid anus, ragader i högra munvinkeln och flytning från högra örat, hvartill snart kom mjältansvällning. — Hydr. c. creta. — Utskrefs d. 3/2. Skall hafva dött i maj s. å.

Fall 98.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. fb.

Förstföderska. Hafvande i slutet af febr. 1881; i oktober utslag å genitalia, som hastigt ökades. Fick å BB d. 2/12 en fullgången, något klen flicka. Vid inkomsten å SH d. 12/12 hade modern torra lemningar efter muköva papler å vulva, papulös angina, allmän adenit. Barnet, tämligen stort men magert och slapt, diade modern. Den 9/1 82 oroligt och skrikigt; d. 13 ett upphöjdt utslag å haka, händer och fötter. En del af efflorescenserna utvecklade sig till stundom ärtstora blåsor med grumligt innehåll, medan andra fjällade eller skorpbelades. — Hydr. c. creta. — Utslaget var försvunnet i tredje veckan, men barnet höll sig klent, utan att nya, tydliga symptom af syfilis visade sig. Det hemtade sig sedan småningom under behandling med china och utskrefs förbättradt d. 8/4. Skall hafva aflidit någon tid därefter.

Fall 99.

Modern u. 21 år; **og.;** inf. i 5:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Nej.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Hafvande i maj 1881; i dec. upphöjdt utslag å genitalia. Fick å S BB d. $^{24}/_{2}$ 82 en fullgången flicka, som diade modern. Vid inkomsten d. $^{27}/_{2}$ hade modern flere större mukösa papler å lab. maj. och ringa adenit, fick efter någon tid ett ymnigt roseol å bålen. Barnet artade sig väl till en början. Efter att hafva varit oroligt några dagar, fick det den $^{27}/_{3}$ snufva och ett erythema papulatum å underarmar och händer. — Hydr. c. creta. — Utslaget försvann snart, och barnet fostrade sig ganska bra. Utskrefs d. $^{12}/_{5}$.

Fall 100.

Modern 31-40 år; **g.;** inf. i 5:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Nej.** Symptom hos **barnet** efter 4:e månaden; utskr. symptomfritt.

En frisk gosse i äktenskapet nu 1 $^{1}/_{2}$ år gammal. Hafvande i *augusti* 1881. Hennes gosse smittades af en inneboende prostituerad kvinna, fick symptom af syfilis i början af december och behandlades å poliklinik. Vid jultiden fick modern ondt i svalget och högra örat, i februari utslag å genitalia. Vid inkomsten hade hon, som var svag och anemisk, förstorade med mukösa papler täckta tonsiller, mest den högra, mukösa papler å vulva, storfläckigt roseol och ansvälda submaxillarkörtlar. Ord. järn och china. Fick å BB d. $^{12}/_{5}$ en fullgången gosse. Placenta utan anmärkning med frånseende af några hemorragiska härdar. Barnet, som diade modern, fostrade sig väl under härvaron men utskrefs på moderns begäran redan d. $^{10}/_{6}$. Den $^{26}/_{7}$ uppvisade hon barnet, som var väl närdt och fritt från symptom af syfilis; själf hade hon fått recidiv och erhöll kvicksilfverjodur. Sedan barnet varit oroligt några dagar, visade sig d. $^{27}/_{8}$—$^{28}/_{8}$ utslag å flere kroppsdelar. Den $^{4}/_{9}$ infann hon sig med gossen, som hade mukösa papler å scrotum och några lårverk samt ett vackert roseol å bålen. — Hydr. c. creta. — Snart förbättradt, lugnt och frodigt. Ingen snufva eller mjältsvulst. Barnet behandlades å SH:s poliklinik för lindriga symptom af syfilis i januari och augusti 1883. Var under hela tiden väl närdt och kraftigt. Sannolikt är, att det smittats af modern efter födelsen.

Fall 101.

Modern u. 21 år; **og.;** inf. i 5:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Antagligen hafvande i början af juni 1890. I början af januari 91 utslag å genitalia. Fick å BB d. $^{26}/_{2}$ en något för tidig gosse. Vid inkomsten d. $^{6}/_{3}$ har modern talrika, dels torra, dels vätskande papler å lab. majora, adenit i ljumskar, nacke m. m., angina. Barnet, som diade modern, fick redan på 4:e dagen ett utslag, som det hade vid inkomsten. Det bestod af omkring 20 öfveralt spridda efflorescenser, delvis låga papler delvis ur dylika framgångna lins-ärtstora vesico-pustler. Gossen var klen och mager, men diade bra. Ingen snufva eller mjältsvulst. Sparsamma nya efflorescenser af samma form utvecklade sig. Den $^{27}/_{3}$ ord. tann. hydrarg. Erosionerna under några intorkade vesico-pustler höjde sig upp och liknade mukösa papler.

Under natten till d. $^{5}/_{4}$ blef barnet oroligt, frampå morgonen alt svagare och afled på förmiddagen d. 6. Vid obduktionen befans hufvudskålen välformad, hjärnans gyri plattryckta, en ansenlig kvantitet serös vätska i de utvidgade sidoventriklarna, hvilka öfveralt förete ependymit med tallösa, fina granulationer å ytan, den närmast liggande delen af hjärnans hvita substans ganska fast till konsistensen, medan hjärnmassan i öfrigt är mera lös. Öfriga organ utan anmärkning.

Fall 102.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; **utskr. dödt.**

Två ännu lefvande friska barn med annan man. Hafvande i december 1890. I midten af hafvandeskapet flytning från genitalia och omkring 7 veckor före partus utslag därstädes. Fick å BB (?) d. $^{4}/_{9}$ 91 en fullgången flicka; otillräcklig mjölk. Vid inkomsten d. $^{18}/_{9}$ hade modern flere större, nu torra papler å vulva och måttlig adenit. Barnet väl närdt. Den $^{7}/_{10}$ oroligt; någon snufva; förstorad mjälte. — Tann. hydrarg. — Nya symptom af syfilis visade sig ej, och barnet fostrade sig ganska bra, men mjälten var ansenlig. Den $^{23}/_{1}$ kräkningar och diarré. Hastig kollaps. Afled d. 26. Vid obduktionen gastromalaci, ansvällning af en del peyerska fläckar och mesenterialkörtlar; mjälten betydligt förstorad, fästad vid omgifningen.

Fall 103.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.:* i 9:e månaden 4 thymolkvicksilfverinjektioner.

Smittad af **barnfadern?** **Ok.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; **utskr. dödt.**

Förstföderska. Hafvande i april 1891. Vid inkomsten d. $^{19}/_{12}$ ansvällning och erosioner å labia minora, adenit i ljumskarna, roseol, angina. Fick å BB d. $^{20}/_{1}$ 82 en väl utvecklad flicka. Placenta frisk med frånseende af en till graden växlande förtätning öfver chorion. Barnet diade modern och artade sig i allo väl. Modern, som under någon tid haft hufvudvärk och stundom någon yrsel, fick i början af mars en total högersidig facialparalysi, erhöll 6 thymolkvicksilfverinjektioner och förbättrades snart; dock kvarstod en ringa pares. Hos barnet iakttogs d. $^{19}/_{3}$ ett erytem å fotsulorna och följande dag å högra handens insida. Då därtill mjälten ansvälde, ord. smörjkur. Utslaget började snart fjälla, och nya symptom visade sig ej. Barnet var lugnt, hade ordentlig matlust och afföring, men höll sig blekt och tilltog föga eller icke i vikt. Den $^{18}/_{6}$ oro och kräkningar, hvilka fortforo följande dag och d. 20 voro af svartaktig färg. Dåsighet, små ryckningar i flere kroppsdelar. Afled d. 20. Vid obduktionen anmärktes följande: Främre fontanellen helt liten, hufvudskålen i öfrigt välbildad; blodledarna och dura tämligen blodrika: mjuka hinnorna och hjärnan af måttlig blodhalt, de förra på en mindre fläck å högra temporallobens öfre gyrus förtjockade, hvitaktiga; tämligen betydlig ependymit i högra sidoventrikeln, mindre i den vänstra likasom i tredje och fjärde ventriklarna, bakre hornet i högra sidoventrikeln nästan helt och hållet oblitereradt, endast dess spets i den vänstra, sidohornen friska; mjälten något förstorad med förtjockad kapsel; magsäckens yta belagd med en lätt afskrapad, svartgrå massa och finnes en såväl makro- som mikroskopiskt fullkomligt likartad i larynx och trachea ända ned till bifurkationen. Tarmarna och öfriga organ utan tydlig förändring.

Fall 104.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.:* i 8:e och 9:e månaden 35 smörjningar.

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Förut ett barn, som afled vid 5 års ålder af lunginflammation. Hafvande i slutet af april 1891; i början af oktober sår i vulva och fram uti november utslag å kroppen. Vid inkomsten d. 2/12 primäraffektion å högra lab. maj., mukösa papler å vulva, roseol, adenit i högra ljumsken, ringa annorstädes. Fick å BB d. 4/2 92 en kraftig gosse. Placenta frisk. Barnet, som diade modern, fostrade sig till en början väl. Den 5/3—6/3 oro och ojämn afföring, blödande ragad i högra mungipan; ringa snufva någon gång med blodigt sekret. D. 16 hudlösheter vid anus, som höjde sig och liknade mukösa papler; d. 21 tydlig mjältförstoring. — Tann. hydrarg. — Förbättring inträdde snart, men barnet höll sig blekt och oroligt. Den 4/5 anmärktes, att det ej bar ordentligt upp sitt hufvud, utan ville detta sjunka bakåt eller åt sidorna, mest den vänstra; pannbenet ej framstående; främre fontanellen något liten, men spänd och pulserande, utan nämnvärd veninjektion i omgifningen; bakhufvudet proportionsvis stort och sutura sagittalis nog öppen; nystagmus. Barnet förbättrades i vissa afseenden; fontanellen sjönk in, och det kunde bättre uppbära hufvudet, men höll sig oroligt och tilltog föga i vikt. Det bleka ansiktet hade ett egendomligt uttryck genom de vidöppna och stirrande ögonen. Den 19/6 ännu oroligare, fick ej behålla födan, buken insjunkande; inga konvulsioner eller pareser; lätt respiration. Afled d. 22. Vid obduktionen anmärktes: Hufvudskålen i öfrigt normal, men främre fontanellen liten; hjärnan och dess hinnor måttligt blodfylda; högra sidoventrikeln helt liten genom sammanväxning och obliteration af dess sidodel, hvarvid öfre väggen i stället för att utanför centralganglierna göra en sväng nedåt i en skarp vinkel öfvergår på dessa; denna ventrikels bakre horn fullständigt, den vänstra ventrikelns delvis oblitereradt; ependymet mjölkigt förtjockadt såväl i sido- som i tredje och fjärde ventriklarna; mjälten betydligt förstorad, fästad vid diaphragma och bukväggen.

Fall 105.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.:* i 9:e månaden 3 thymolkvicksilfverinjektioner.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** i 3:e månaden; utskr. symptomfritt.

För 3 år sedan ett friskt ännu lefvande barn med samme man. Sista regleringen i december 1891; i midten af maj 92 sår å högra sidan af vulva och omkring midsommar betydligt utslag å genitalia. Vid inkomsten d. 15/8 talrika mukösa papler å vulva, papulös angina, allmän måttlig adenit. Fick å BB d. 3/9 en fullgången gosse. Placenta frisk. Barnet, som diade modern, fostrade sig väl. Den 13/11 iakttogs en svagt brunaktig missfärgning af ansiktets hela nedre del. Denna blef betydligare, medan fjällning tillkom; därjämte uppstod snufva, mjältansvällning och sparsamma låga papler å bägge knäregionerna. — Smörjkur. — Paronyki å vänstra ringfingret. Förbättrades snart och artade sig sedan väl. Utskrefs d. 1/6 1893 ganska frodig. Någon mjältansvällning kvarstod.

Fall 106.

Modern 31-40 år; **g.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Hafvande i februari 1892; i september utslag å vulva och ondt i halsen. Födde i hemmet d. 3/12 en fullgången flicka. I fjärde veckan fick barnet, som diade modern, snufva och utslag å fiere kroppsdelar samt behandlades å poliklinik med smörjkur. I början af februari ansvälde flickans genitalia och då detta försvårades, inkom modern med henne d. 9/3. Modern hade en hård ansvällning å högra lab. min., mukösa papler å vulva och vid anus, angina. Barnet hade inga tydliga symptom af syfilis, men gangren i hela inre delen af vulva. Under jodoformbehandling renade sig fältet snart, men under läkningen inträdde en betydlig retraktion å partiet och, då den var fullständig, befans urinrörets mynning i botten af hålan och någon särskild ingång till vagina kunde ej upptäckas. En finare mjuk sond kunde med lätthet införas i flickans blåsa. Utskrefs d. 16/4. Inkom åter, själf utan symptom af syfilis, med mormodern, som hade blifvit smittad af barnet och nu hade primäraffektion å underläppen, roseol m. m.

Fall 107.

Modern **21-30** år; **og.;** inf. i 5:e månaden. *Behandl.:* i 8:e och 9:e månaden 6 thymolkvicksilfverinjektioner.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Hafvande i september 1892; något före midten af mars 93 sår vid anus och framemot slutet af april utslag å vulva. Vid inkomsten d. 16/5 primäraffektion å bägge sidor om anus, mukösa papler å vulva, papulös angina, allmän adenit. Fick å BB d. 20/6 en väl utvecklad gosse. Placenta frisk med frånseende af en mindre randinfarkt och någon förtätning öfver chorion. Barnet, som diade modern, fostrade sig väl. Den 28/7 anmärktes, att barnet höll alla extremiteterna mera orörliga och tycktes ömma, då man sträckte de nedre: ingen märkbar ansvällning å benen. — Hydr. c. creta. — Rörligheten återkom snart, men barnet föll något och diade mindre kraftigt. Den 27/8 kräkning och diarré: fick upphöra med kvicksilfret. Förbättrades men kräkning förekom emellanåt. Den 15/9 var det uppkräkta mörkt, nästan svart. Blodig vätska började visa sig å barnets läppar, och vid rengöring af munnen träffades en likartad massa som det uppkräkta. Under mikroskopet syntes däruti talrika cellformer, fett, mer eller mindre affärgade blodkorpuskler samt ett rikligt svampmycelium med ganska grofva, ofta parallelt liggande, oledade trådar. Barnet afled d. 22/9. Vid obduktionen anmärktes: Hjärnan och dess hinnor bleka; ependymet i sidoventriklarnas botten mjölkigt förtjockadt, högra bakre hornets spets oblitererad, dess närmaste del förträngd. Magsäcken innehåller en svartgrå flytande massa, efter hvars afspolning slemhinnan är glatt, blek, utan erosioner. Innehållet i tunntarmens öfre del mörkt, ljusare nedåt, och i groftarmen finnas gulgrå fæces. Matstrupens slemhinna har en svartgrå beläggning; dess öfre hälft utan förändring. En à två cm. öfver cardia träffas en mer än ärtstor, rundad fläck, där slemhinnan är missfärgad, brandig med demarkation mot omgifningen, nära det förändrade partiets öfre gräns ett mera långsträckt, smalare, brandigt ställe och mellan bägge ett större oregelbundet slemhinnan perforerande sår med tvära ränder; öfriga delar af slemhinnan gråhvita, förtjockade. Öfriga organ utan makroskopisk förändring, så äfven benen. I det förändrade partiet af oesophagus visar sig under mikroskopet en riklig, diffus infiltration af rundceller i slemhinnan, mindre i submukosan och äfven mellan muskelbundtarna; synnerligen stark är denna infiltration å sårranden, och å såret är slemhinnan helt och hållet borta, medan i submukosan här och där synas trombotiserade kärl. Beläggningen i oesophagus innehåller ofvannämnda svampbildning i stor mängd.

Fall 108.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.:* i 7:e och 8:e månaden 6 thymolkvicksilfverinjektioner.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Hafvande i december 1892; något före midten af maj sårnader i vulva. Vid inkomsten 4 skleroser i vulva, adenit i ljumskarna, ringa annorstädes, storfläckigt roseol. Utskrefs på egen begäran d. $^{29}/_{7}$. Födde i hemmet d. $^{24}/_{9}$ en fullgången gosse, som uppföddes artificielt. I slutet af 1:a månaden utslag. Visades å poliklinik, där syfilis diagnosticerades och barnet erhöll hydr. c. creta. Vid inkomsten å SH d. $^{13}/_{11}$ var barnet klent, munnens närmaste omgifning missfärgad med blödande ragader å läpparna, händernas och fötternas insidor röda, fjällande, flere naglar torra, affallande, nedre ändarna af bägge radii ansvälda och rörligheten i armarna ringa. — Hydr. c. creta. — Den 18 tog han knappast flaskan, så äfven d. 19, låg tyst och stilla, blef kylig om händer och fötter, afled samma dag. Vid obduktionen befans nafveln öppen men ej sårig; man inkommer i en stor, tom umbilikalarter, bildad 3 cm. under nafveln genom sammanflöde af de bägge kärlen; dess vägg jämn och glatt, något skifferfärgad; de bägge artererna hålla fasta bleka tromber; allmän peritonit; mjälten föga om något förstorad. I flere ben såsom nedre ändarna af lårben och strålben samt de öfre af skenbenen finnas tecken på en aflupen osteokondrit. Epifysen sitter mer eller mindre snedt mot diafysen, i synnerhet å den ena radius, där en tydlig vinkel förefinnes. I detta likasom i det ena lårbenet visa sig omedelbart under brosket några små ihåligheter med ganska glatta väggar, medan öfveralt annars brosk och ben äro väl förenade. Binjurarna större än vanligt, hvilket hufvudsakligen kommer på den breda, fasta, rödgrå medullarsubstansen.

Fall 109.

Modern u. 21 år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Sista regleringen i slutet af augusti 1895; kring midten af mars utslag å vulva, som sedan kvarstått. Födde å BB d. $^{26}/_{5}$ 96 en fullgången gosse; modern nästan utan mjölk. Vid inkomsten å SH d. $^{4}/_{6}$ hade modern muköса papler å vulva och allmän adenit. Hon omtalar, att dagen efter barnets födelse visade sig en ringa blödning från de högra ögonlocken, hvilken sedan fortfarit. På femte dagen blef barnet svagt och ville ej taga ur diflaskan. Vid hitkomsten vägde gossen 2,7 kg., var dåsig, ville ej taga näring och afled följande dag. En helt obetydlig blödning förefans å yttre delen af ögonlocken nära randen; kort före döden inträffade en måttlig sådan från näsa och mun. Vid obduktionen fans något intorkad blod å ögonlocken, efter hvars afsköljande ingen tydlig lesion syntes å huden, däremot vid genomsnitt en ringa blodimbibition i huden och subkutana bindväfven. Hufvudskålen välbildad. Å öfre ytan af tentorii vänstra halfva och ett stycke uppåt finnes ej obetydligt extravaserad blod i subduralrummet, här och där äfven något i de mjuka hinnorna. Största delen af blodet är klumpigt koaguleradt och fästadt vid dura, som här är lifligt injicierad, men ej företer någon tydlig exsudatbildning. Ringa blödning äfven å tentorii högra sida likasom under detsamma. Å luftstrupens öfre, bakre del och högra sida visade sig en ej obetydljg mörkröd ansvällning; vid insnitt fans ett det högra cartil. arytenoides omgifvande blodcoagulum af en mindre platt bönas storlek; brosket något intryckt, så att orificium laryngis syntes oregelbundet. Eckymoser i plevrabladen. I lungornas bakre delar någon atelektas och emfysematös utvidgning i de främre.

Fall 110.

Modern 21-30 år; **g.**; inf. i 6:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. dödt.

Förut ett friskt barn med samme man. Hafvande i december 1874, i augusti 75 hufvudvärk och ondt i halsen. Födde d. 24/9 en fullgången gosse, som diade modern. Efter två veckor blef barnet kinkigt, fick snufva och ojämn afföring samt omkring en månad därefter utslag å ansikte och bål. Vid inkomsten d. 26/11 hade modern papulös angina och måttlig allmän adenit. Barnet, af tämligen godt hull, företedde en grådaskig ansiktsfärg och betydlig snufva, gråbruna, svagt fjällande fläckar å bålen, sparsamma å extremiteterna, stor buk och betydligt ansväld mjälte. — Hydr. c. creta. — Den 6/12. Vanligen dåsig och apatisk, dessemellan orolig och skrikig: någon hosta. Den 8 ville han ej dia. Den 9. Cheyne-Stokes respirationsfenomen; vid respirationscykelns början inträder ofta en sprittning i kroppen, hvarvid ögonen öppnas och pupillerna vidgas för ett ögonblick. Då han kvider, framträder högra nasolabialvecket tydligare än det vänstra. Urinen fri från albumin. Afled samma dag. Vid obduktionen anmärktes: hufvudskålsbenen, mest frontalbenen, tjocka, deras inre yta ojämnt refflad; främre fontanellen liten; hjärnans mjuka hinnor och dess substans blodfattig; ependymet i sidoventriklarna mjölkigt förtjockadt i olika grad, de bakre hornens spetsar obliterérade; närmaste delen af hvita substansen fast till konsistensen. I bukkavitetens vänstra öfre del några uns af en grumlig, något blodfärgad vätska. Mjälten betydligt förstorad med en luddig beläggning å ytan; dess substans fast mörkröd. Någon atelektas i lungornas bakre delar. I öfrigt ingenting att anmärka.

Fall 111.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 6:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Nej.** Symptom hos **barnet** efter 3:e månaden; utskr. symptomfritt.

Ett barn för 5 år sedan alltid friskt. Hafvande i maj 1882; i slutet af november sår i vulva. Vid inkomsten d. 30/11 primäraffektion å vänstra lab. maj. et min., adenit i vänstra ljumsken, ringa i den högra. Den 5/1 83 roseol och papler i hårfästet. Fick å BB d. 9/2 en fullgången flicka. Placenta frisk utom en ej obetydlig kalkafsättning i hela massan. Modern, som hade god mjölktillgång, fick efter återkomsten till SH specifik behandling. Barnet frodigt och symptomfritt, förblef så under härvaron. Utskrefs d. 21/6. Uppvisades d. 18/6 och var då symptomfri. De intogos åter d. 30/7. Barnet, som var vid godt hull, hade en större mukös papel vid anus, fjällande fläckar å händer och fötter, någon snufva och adenit, ingen mjältsvulst; utslaget hade stått i 3 veckor. — Hydr. c. creta. — Paronyki å några fingrar. Snar förbättring, symptomfritt, fostrade sig väl. Utskrefs den 12/10. Sannolikt smittad af modern post partum.

Fall 112.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 6:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** efter 3:e månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Hafvande i februari 1883; före midten af oktober utslag å vulva, som snart ökades. Vid inkomsten d. 3/11 muköša papler å genitalia, roseol, impetigo capitis, adenit i ljumskarna, ringa annorstädes. Fosterrörelser

och fosterljud normala, det senare stundom följdt af ett sträft biljud. Fick å BB d. 13/11 en fullgången gosse. Placenta utan anmärkning. Barnet, som diade modern, fostrade sig ej rätt väl, men denna hade otillräcklig mjölk, och, sedan det blifvit satt på artificiel kost, gick det bra. Utskrefs d. 13/2 1884 ganska väl närd och symptomfri. Redan 4—5 dagar därefter utslag å underben och ansikte. Intogs åter d. 29/2 något oroligt och affallet med ett rikligt utslag af låga, delvis fjällande papler och fläckar å ansikte, armar och ben, en mindre, ytlig sårnad å hårda gommen, ringa eller ingen snufva; mjälten ej förstorad. — Hydr. c. creta. — Utskrefs d. 18/4.

Fall 113.

Modern u. 21 år; **og.**; inf. i 6:e månaden. *Behandl.:* i 8:e och 9:e månaden 3 calomelinjektioner och 1 gr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern? Ok.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Antagligen hafvande i augusti 1887; i februari 88 utslag i vulva. Vid inkomsten d. 23/3 primäraffektion å clitoris, papillomer, adenit i ljumskarna; d. 3/4 muköse papler å lab. maj. och roseol. Fick å BB d. 13/5 en ej alldeles fullgången men symptomfri flicka. Placenta frisk. Barnet, som endast en kort tid diade modern, hade vid återkomsten till SH inga tydliga tecken till syfilis, men bägge benen höllos uppdragna med starkt krökta knän, och hon skriker våldsamt, då man söker sträcka dem. Efter 1 1/2 vecka började barnet extendera benen och efter hand fullständigt. Hon fostrade sig ej väl, var än något bättre än sämre; inga tydliga symptom af syfilis, endast en ringa mjältförstoring. Afled d. 7/10. Anteckningen vid obduktionen gått förlorad.

Fall 114.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 6:e månaden. *Behandl.:* i 9:e månaden 2 injektioner med 5 cgr. oxid. hydr. flav.

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Antagligen hafvande i december 1887; i augusti 1888 utslag å flera kroppsdelar. Vid inkomsten d. 11/9 talrika muköse papler å genitalia, lentikulär papulös syfilid å extremiteterna, papulös angina, måttlig adenit i ljumskar m. m. Fick å BB d. 22/9 en nära fullgången flicka. Placenta frisk. Barnet, som diade modern, fostrade sig till en början väl. Den 22/10 iakttogs någon snufva och en del svagt fjällande brungrå låga papler och fläckar å knäregionerna, underarmarna och ryggen: barnet hade varit oroligt några dagar. — Hydr. c. creta. — Den 5/12 ofvannämnda symptom försvunna, men barnet är blekt och svagt, fixerar aldrig med ögonen; ögongloberna tydligen något framstående; främre fontanellen liten, ej utbuktad och ingen veninjektion däromkring. Utskrefs d. 19/12 men de återkommo d. 19/1 89. Barnet blekt och slapt, hade diarré, men inga yttre symptom af syfilis: tycktes taga sig men föll snart och afled d. 9/3. Vid obduktionen fans en ansvällning och pigmentering å de solitära körtlarna i groftarmen och äfven en del mesenterialkörtlar svälda; mjälten ej förstorad, men kapseln fläckvis förtjockad; hufvudskålen välbildad, men främre fontanellen något liten; hjärnmassan blek; ependymit i bägge sidoventriklarna, vänstra bakre hornet nästan fullständigt oblitereradt likasom spetsen af det högra. I öfrigt ingenting att anmärka.

Fall 115.

Modern 21-30 år; **g.**; inf. i 6:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** efter 3:e månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Hafvande i slutet af september 1888 fick hon i slutet af april 89 sår i vulva och flere veckor därefter utslag därstädes. Födde i hemmet d. 6/7 en fullgången gosse. Vid inkomsten d. 27/8 hade modern, som var blek och anemisk, talrika muköse papler å genitalia, papulös angina, alopeci, adenit i ljumskarna m. m. Barnet, som diade modern, var kraftigt och fostrade sig väl under härvaron. Modern utgick redan d. 19/9, sedan hon erhållit 6 thymolkvicksilfverinjektioner. De återkommo d. 31/12 och uppgafs, att barnet varit friskt till 2 veckor före sistnämnda tid, då det fått utslag. Gossen hade nu talrika små men typiska mukösa papler å scrotum, några lårveck och vid anus, rodnad i svalget, adenit i ljumskarna; mjälten kanske lindrigt förstorad; godt hull och matfrisk. — Tann. hydrarg. — Snart förbättrad. Utskrefs på moderns begäran d. 5/2 90, återkom d. 15/3 med ragader i munvinklarna och papulös angina. — Hydr. c. creta. — Utskrefs symptomfri och vid godt hull d. 21/4. Sannolikt smittad af modern efter födelsen. Denna kvinnas äkta man hade fått sår å penis i mars 1889 och vårdades å SH samtidigt med sin hustru.

Fall 116.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 6:e månaden. *Behandl.:* i 9:e månaden 2 thymolkvicksilfverinjektioner.

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Hafvande i början af februari 1890; i början af oktober utslag å genitalia. Vid inkomsten d. 20/10 ansvällning af lab. min. med flere erosioner, gonorré, roseol, adenit i ljumskar och annorstädes. Fick å BB d. 3/11 en väl utvecklad gosse. Placenta företedde många, minst 20, infarkter af olika storlek. Flertalet gingo från serotina till växlande djup i kakan och stundom ända till chorion, medan andra sträckte sig från chorion uppåt, några förefunnos vid randen och slutligen enstaka midt i kotyledonerna. Substansen i öfrigt, liksom hinnor och kärl friska. Barnet, som diade modern, fostrade sig väl. I början af januari 1891 fick det snufva, därefter ett ringa fjällande papulöst utslag å superciliarregionerna och hakan, ragad i ena munvinkeln, hvarjämte mjälten började kännas under refbensranden, och en ansvällning uppstod å högra stortåns metatarsalben. — Tann. hydrarg. — Symptomfri. I maj åter snufva och oro, ragad i ena munvinkeln och några röda fläckar å tungan. — Smörjkur. — Utskrefs d. 8/7 synnerligen väl utvecklad och kraftig. De återkommo d. 22/10. Kvinnan omtalade, att gossen varit liflig och artat sig väl. Efter att under några dagar ha visat sig orolig och haft föga sömn, fick han d. 19 ett anfall af medvetslöshet med häftiga sträckningar af kroppen, som varade 1/4 timme. Därefter tyst och likgiltig. Ett nytt anfall påkom d. 21, och därefter låg han i dvala. Efter inkomsten ville han ej taga näring: låg mest tyst på rygg med slutna ögon och vida, föga rörliga pupiller samt då och då nystagmus; Cheyne-Stokes respirationstyp med pauserna vida längre än andningstiden, hvilken inleddes med en sträckning af hela kroppen, stundom endast böjning och sträckning af vänstra benet; feber och hastig puls: albuminuri: ganska lifliga patellarreflexer och äfvenså lifliga rörelser vid kittling eller lätta nålstygn under fötterna. Samma tillstånd fortfor: ofta påkommo ryckningar än mera allmänna än i enskilda lemmar. Afled d. 30/10. Vid obduktionen träffades några ostiga körtlar vid högra lungans rot, en mindre, ostig härd i högra mellersta lungloben med talrika miliartuberkler i omgifningen: lungorna i öfrigt utan förändring: basilar-meningit med betydlig hydrocephalus och rikliga miliartuberkler, hvilka kunna följas uppåt fossa Sylvii och på gyri centrales anteriores et paracentrales; sparsamma miliartuberkler i lefver, njurar och mjälte.

Fall 117.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 6:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** efter 3:e månaden; utskr. dödt.

Förut ett barn, som dog af kikhosta vid 5 månaders ålder. Hafvande i september 1892; i mars 93 två sår i vänstra lab. maj., som sammanflöto; i april utslag i pannan och därefter å vulva. Födde å BB d. 9/6 en nära fullgången flicka. Vid inkomsten d. 15 hade modern en äldre men typisk primäraffektion å vänstra lab. maj., adenit, mukösa papler å genitalia, corona venerea, alopeci, angina. Ammade barnet. Ord. smörjkur. Barnet hade vänstersidig konjunktivit med talrika gonokokker. Förbättrades snart och fostrade sig väl under härvaron. Utskrefvos d. 10/8. Barnet återkom med sin fostermoder d. 14/11. Det hade för en månad sedan fått utslag vid anus och hade sedan en vecka ett blåsformigt utslag mest å bålen. Nu magert och med stor buk; betydlig intertrigo med papelformade efflorescenser vid anus och å vulva; talrika röda, dels diskreta dels sammanflytande, af en epidermisring omgifna fläckar, alla lemningar efter större och mindre blåsor samt därjämte 5—6 ärt-bönstora bullæ med nästan klart innehåll och blek omgifning; snufva; adenit å ljumskar och hals. Ett fåtal nya blåsor uppstodo, men de upphörde snart; under lokal behandling förbättrades barnet hastigt, och d. 29/11 var utslaget försvunnet med kvarlemnande af någon fläckighet. Barnet fostrade sig någorlunda, men buken var stor, öppningen blek och snufva, stundom något blodig, fortfor. Under juldagarna dubbelsidig lunginflammation, efter hvilken flickan snart nog hemtade sig. Under natten till d. 13/1 94 oro och kräkningar samt ofta påkommande ryckningar i kroppen. Afled på morgonen. Vid obduktionen fans en mjölkig förtjockning af ependymet i hjärnans sidoventriklar, och den närmaste delen af hvita substansen fast till konsistensen: högra bakre hornet nästan fullständigt oblitereradt, spetsen af det vänstra; hjärnsubstansen blodrik. Lungornas nedre bakre delar förete atelektas och bronkit. Lefvern stor, snittytan blek och homogen, konsistensen fast; gallan tunn, brunaktig. Mjälten föga om något förstorad. Å alla refbenen, mest de nedre, är förbeningsgränsen ansväld och visar de vanliga tecknen på rachitis; öfriga ben utan makroskopisk förändring.

Fall 118.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 6:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. dödt.

Förut ett friskt ännu lefvande barn. Sista regleringen i juli 1895; omkring en månad före förlossningen matt och klen, snart körtelsvulst i nacken, skorpor i hårbotten och utslag å vulva. Fick å BB d. 9/4 96 en fullgången gosse. Vid inkomsten å SH d. 17 hade modern mukösa papler å genitalia, roseol, allmän adenit. God mjölktillgång. Barnet hade två dagar förut haft en ringa blödning ur vänstra näsgången, annars artat sig väl. Från d. 22 dagligen blödning från samma ställe, från d. 25 ett ringa men ständigt stillicidium ur ett par punktformiga lesioner å underläppen. Den 27 ord. hydr. c. creta, Den 27 afföringen svartgrå. Den 28 hemorragiska fläckar å fötter, rygg och vänstra armen; ville ej dia. Afled d. 30/4. Vid obduktionen fans en hemorragisk pakymeningit öfver hela högra hemisferen utom bakersta delen. En psevdomembran kan öfveralt aflossas från dura, och i denna finnas talrika, mindre och större, ända till bönstora klumpar af stelnad blod, samt motsvarande de sistnämnda ansenliga fördjupningar å hjärnans yta. Ringa blödning här och där i de mjuka hinnorna. Hjärnans öfriga delar mycket bleka men utan förändring i öfrigt. Mjälten ej obetydligt förstorad. Öfriga inre organ anemiska. Ventrikelns slemhinna uppmjukad men inga erosioner

syntes där eller i tarmarna. Benen utan förändring. Ringa blodinbibition å de blååktiga fläckarna å huden.

Fall 119.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 7:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ok.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Fick å BB d. 19/11 1882 en fullgången flicka och remitterades därifrån till SH såsom misstänkt för syfilis. Symptomen hade under puerperiet gått tillbaka, så att å SH syfilis ej med säkerhet kunde konstateras, hvadan kvinnan på egen begäran utskrefs efter 14 dagars observation. Vid jultiden fick hon och barnet ungefär samtidigt utslag. Vid inkomsten d. 29/1 83 hade modern mukösa papler vid anus, papulös angina och allmän måttlig adenit. Ord. kvicks.-jodur. Barnet, magert och oroligt, hade missfärgning kring munnen, ragader å läpparna, snufva, hudlösheter kring anus, allmän adenit och någon mjältförstoring. — Hydr. c. creta, — Tycktes taga sig men föll hastigt från d. 4/3, upphörde att dia, hade sista dagen konvulsioner och afled d. 9/2. Vid obduktionen fans nefrit och en ringa mjältsvulst men inga andra förändringar.

Fall 120.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 7:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ok.** Symptom hos **barnet** efter 3:e månaden; utskr. symptomfritt.

För 6 år sedan ett ännu lefvande friskt barn. Hafvande i början af juni 1882; i januari 83 sårnad i vulva och i slutet af februari utslag å bålen. Vid inkomsten d. 2/3 primäraffektion å præput. clitoridis, adenit i ljumskarna, roseol. Fick å BB d. 6/3 en väl utvecklad flicka, som diade modern. Barnet fostrade sig väl och utskrefs med modern d. 24/7, utan att hafva företett det minsta symptom af syfilis. Modern hade genomgått en merkurialkur. De återkommo d. 29/8. Barnet hade en kortare tid efter utskrifningen fått en hudlöshet å öfverläppen och hållit sig oroligt. Vid inkomsten hade det fallit i vikt, var skrikigt och hade klen matlust; munnens närmaste omgifning något missfärgad och fläckig: å insidan af öfverläppen ett nära ärtstort, ytligt, nästan rent sår på mjuk botten: körtelansvällningar vid underkäken och å halsen. Ingenting i öfrigt att anmärka. Det allmänna tillståndet förbättrades, men symptomen voro envisa. Sårnaden å läppen läktes, men nya hudlösheter kommo i omgifningen. På nyåret visade sig ett par större, röda, svagt upphöjda fläckar å barnets tunga och något senare en gråhvit, luddig exkoriation å hårda gommen. Ingen mjältansvällning eller andra symptom men flickan höll sig mager och blek. Den 3/4 ord. hydr. c. creta. Utslaget å mun och gom försvann snart, och hon tog sig ganska bra. Utskrefs d. 7/6.

Fall 121.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. i 7:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Hafvande i maj 1888, födde hon å BB d. 9/2 89 en fullgången gosse, som diade modern. Denna hade två veckor före partus fått utslag å genitalia. Vid inkomsten å SH d. 20/2 företedde hon mukösa papler å vulva, roseol, allmän ringa adenit. — Ord. kvicksilfverjodur. — Barnet väl

närdt och symptomfritt. Sedan det varit oroligt några dagar, iakttogs d. 23/3 snufva, mjältansvällning och några låga papler å hakan. — Hydr. c. creta. — Utslaget ökades likasom mjältens storlek och bägge testes voro stora. Den 4/4 ord. smörjkur. Förbättring. Erysipelas ambulans d. 9/5—18/5. Barnet hemtade sig snart och utskrefs ganska väl närdt d. 27/5. Mjälten kändes föga, och testes tycktes vara normala. Den främre fontanellen var helt liten och suturerna ganska fasta.

Fall 122.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 7:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ok.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. fb.

Förstföderska. Tystlåten och osäker i uppgifterna. Fick d. 16/9 1889 en gosse, som hon tror, ett par veckor för tidigt. Någon tid före partus sår i högra munvinkeln och några veckor efter förlossningen utslag å genitalia. Vid inkomsten å SH d. 26/10 flere, stora, muköss papler å labia maj., en större dylik å högra munvinkeln, en körtelsvulst vid högra käkvinkeln, ringa adenit å ljumskar och halsens sidor. Barnet, som diade modern, var väl närdt och symptomfritt. I början af november blef det oroligt och tycktes ömma, då man lyftade detsamma, utan att någon benansvällning eller annan orsak kunde upptäckas. Då därtill det ej tilltog i vikt ord. d. 18/11 hydr. c. creta, som det tog till d. 2/1. Blef lugnt och stilla samt tilltog åter i vikt. Fram uti februari åter blek, kinkig och slapp, hvilket fortfor. Hufvudet tycktes vara stort i förhållande till det lilla ansiktet, men hufvudskålen utan anmärkning och inga tydliga tecken till hydrocephalus. Utseendet slött, och tungan hängde vanligen fram ur munnen. Fram på våren abscederande adenit vid bägge käkvinklarna. Tog sig sedermera men långsamt, var klent, hade ganska god matlust men höll sig magert. Inga tydliga tecken på syfilis visade sig; mjälten var dock något ansväld. Vid utskrifningen d. 3/7 vägde gossen endast 9½ kg. Intogs åter d. 3/9. Hade ett par veckor förut blifvit klen och snart fått något utslag. Hade en ytlig sårnad i vänstra mungipan, några små vätskande papler vid anus och en gråaktig fläck å vänstra tonsillen, hvarjämte mjälten kändes något. Vägde 10 kg., var slapp och mager, matlust och afföring oklanderlig. Ville ej stödja på benen och hade endast två tänder (i öfverkäken). — Thymolkvicksilfverinjektioner à 1 2/3 cgr., hvaraf han fick fyra. Utslaget försvann snart, och allmänna tillståndet förbättrades. Utskrefs d. 22/10. Afled snart efter messling.

Fall 123.

Modern 31-40 år; **g.**; inf. i 7:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

Två friska barn med sin äkta man. Hafvande i början af april 1893, fick hon en fullgången gosse d. 9/1 94. Mannen, sjöman, hade hemkommit d. 22/10 och åter afrest efter två dagar. Några veckor därefter hade kvinnan fått ett sår å högra labium maj., hvilket läktes kort efter partus. Först 6 veckor efter förlossningen skall utslag hafva uppstått å genitalia och kroppen i öfrigt. Vid inkomsten å SH d. 26/5 hade hon flere muköss papler å och kring genitalia, roseol, angina, adenit i ljumskarna m. m. Ord. smörjkur, Barnet, som diat modern i 5 veckor, hade i den 6:e fått utslag i ansiktet och därefter vid anus. Vid inkomsten ganska väl närdt men blekt, hade en krans af muköss papler vid anus, pigmenterade fläckar efter ett utslag å extremiteterna, snufva, mjältförstoring. — Hydr. c. creta. — Förbättringen till en början långsam, sedan raskare, och barnet utskrefs symptomfritt d. 9/7.

Kvinnan fasthöll med bestämdhet sina nyssnämnda uppgifter, och det är ju tänkbart, att utvecklingen af syfilis någon gång kan så förlångsammas genom hafvandeskapet och förlossningen.

Fall 124.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 8:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 3:e månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Hafvande i oktober 1871 födde hon å BB d. $^{14}/_{7}$ 72 en fullgången gosse. I början af augusti uppträdde hos modern utslag å underbenen, snart annorstädes. Vid inkomsten å SH d. $^{10}/_{10}$ hade hon en riklig, lentikulär, papulös syfilid och å underbenen därjämte skorpbelagda ytliga sårnader, adenit i ljumskar m. m. Ord. sublimatinjektioner och, då de smärtade, kvicksilfverjodur. Barnet, som diade modern, hade snart efter födelsen fått snufva men annars fostrat sig väl. Något före midten af september ville det ej röra armarna och skrek, då man fattade uti dem. Snart därefter utslag å benen. Vid inkomsten väl närdt men blekt. Ett tämligen rikligt utslag af låga, delvis nummulära papler å klinkor och nedre extremiteter, vätskande papler å scrotum; ringa adenit. — Sublimatbad. — Efter 15 bad var utslaget försvunnet. Den $^{2}/_{12}$ började barnet hosta, och under följande dagar påkom någon näsblödning. Den 5 märkte modern, att vid en kräkning uppkom mörk, klumpig blod med mjölken. Den 7 och följande dagar hemorragiska fläckar å flere kroppsdelar. Någon andnöd och heshet. Föll hastigt och dog d. 10. Vid obduktionen anmärktes: Kroppen väl nutrierad; lindrig blodimbibition å de många blåaktiga fläckarna. Hjärnan och dess hinnor bleka, utan förändring. Främre mediastinum innehåller ett högst betydligt blodcoagulum, som äfven sträcker sig något framför pleura costalis och nedåt yttre ytan af pericardium. Detta coagulum omgifver öfveralt en enormt förstorad thymuskörtel, som intager en stor del af mediastinum ända ned mot diaphragma. Den är kägelformig och består af en mindre öfre och en större nedre del, förenade genom ett smalt strängformigt parti. Substansen af vanligt utseende och konsistens, i den öfre delen helt blek, i den nedre något mera blodhaltig. I den senare finnes en nära nötstor cystalik håla med tunnflytande, något grumligt innehåll. Hjärtat och aorta friska, likaså lungorna utom någon katarr i de gröfre bronkierna. Mjälten ej obetydligt förstorad, genom äldre adherenser fästad vid bukväggen. Lefver, njurar, pancreas m. m. utan förändring. Ventrikeln innehåller litet grönaktigt slem; i fundus några små eckymoser utan synbar læsio continui; tarmkanalen blek.

Fall 125.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 8:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** efter 3:e månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Efter normalt hafvandeskap fick kvinnan d. $^{24}/_{7}$ 1873 en fullgången flicka. I slutet af augusti uppkommo nästan samtidigt ett ymnigt utslag å kroppen, skorpor i hårbotten och värk i högra ögat, i september alopeci m. m. Vid inkomsten den $^{20}/_{11}$ mukösa papler å vulva, lentikulär, papulös syfilid, papulös angina, högersidig irit och betydlig allmän adenit. Ord. smörjkur. Barnet, som diat modern i 3 månader, hade därunder varit friskt. Modern omtalar, att hon stundom haft små hudlösheter å vårtorna. I början af november blef barnet oroligt, fick snufva och därefter utslag. Vid inkomsten ganska väl utveckladt, men oroligt och blekt, hade ragader i munvinklarna, dels torra dels vätskande papler å hakan och halsen, papulös syfilid å nedre extremiteterna och betydlig adenit. — Smörjkur. — Den $^{30}/_{12}$

symptomfritt och af friskt utseende. Den $^{20}/_{1}$ fick barnet kräkningar och diarré, blef dåsigt och afled d. 24. Vid obduktionen iakttogs gastromalaci, hyperemi i groftarmen och nefrit men inga andra förändringar.

Fall 126.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 8:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Konkubin. Fick å BB d. $^{3}/_{7}$ 1875 en fullgången flicka. I slutet af samma månad utslag å genitalia och ondt i halsen. Vid inkomsten å SH d. $^{9}/_{9}$ talrika mukösa papler å och kring vulva, papulös syfilid, angina, allmän adenit. Ord. kvicks.-jodur. Barnet, som diade modern, blef i tredje veckan oroligt, fick snufva och snart ett fläckigt utslag i ansiktet. Vid inkomsten är barnet något vanvårdadt; nedre delen af ansiktet mörkfärgadt, här och där fjällande med ragader i munvinklarna; snufva; låga papler å underarmar och händer, förstorad mjälte, adenit. — Hydr. c. creta. — Utskrefs symptomfritt d. $^{10}/_{11}$. De återkommo d. $^{7}/_{3}$ 1876, modern behäftad med mukösa papler m. m., barnet med papulös syfilid. Den förra fick kv.-jodur, det senare hydr. c. creta. Utskrefvos d. $^{12}/_{4}$. Barnets mjälte ännu kännbar.

Fall 127.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 8:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Nej.** Symptom hos **barnet** i 1:a månaden; utskr. dödt.

För 4 år sedan ett friskt, ännu lefvande barn. Fick d. $^{30}/_{10}$ 1875 å S BB en fullgången gosse. Omkring 2 veckor före partus sår å vulva, som läktes under puerperiet. En månad efter förlossningen fläckigt utslag å kroppen. Sökte ammtjänst å BH och sändes därifrån till SH. Vid inkomsten d. $^{20}/_{12}$ ett något pigmenteradt, mjukt ärr efter såret å högra lab. maj., ymnigt roseol, papulös angina, allmän adenit. Ord. kv.-jodur. Barnet, som diat modern, hade i tredje veckan fått utslag i ansiktet. Vid inkomsten klent nutrieradt och kakektiskt, hade snufva, ragad i ena munvinkeln och betydligt ansväld mjälte. — Sublimatbad, sedan hydr. c. creta. — Försämring. Afled d. $^{17}/_{1}$. Vid obduktionen fans en stor, djupt liggande abscess å högra sidan af halsen, sträckande sig upp till halskotorna, nedåt under bröstmusklerna, utgångspunkten osäker: mjälten likasom lefvern stor. Undersökningen afbruten och ofullständig.

Fall 128.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 8:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

För två år sedan ett friskt ännu lefvande barn. Födde å BB den $^{1}/_{8}$ 1884 en fullgången gosse. I 4:e veckan därefter fick hon ondt i halsen: sökte ammtjänst å BH och observerades där i 14 dagar, hvarefter hon fick lämna platsen. Vid inkomsten å SH d. $^{6}/_{10}$ har hon roseol å buk och armar, mukösa papler å vulva, angina, adenit i ljumskar m. m. Ord. kv.-jodur. Barnet, som diade modern, hade i 7:e veckan fått utslag å flere kroppsdelar. Vid inkomsten ganska väl utveckladt: oroligt och skrikigt: ansiktet grådaskigt med låga papler å och under hakan, talrika dylika papler och fläckar delvis

fjällande å nedre extremiteterna och bålen, mjälten något förstorad. — Hydr. c. creta. — Snar förbättring. Utskrefvos d. 1⁹/12.

Fall 129.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 8:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Konkubin. Förlöstes d. 11/3 1885 å S BB från en fullgången gosse. Under hafvandeskapet hos sig ej förmärkt något sjukligt, men omkring en månad efter partus fick hon ett fläckigt utslag å bålen och ömmande fläckar i hufvudet. Vid inkomsten d. 18/5 muköse papler å högra lab. maj., roseol å bålen, papulös angina, adenit i ljumskarna m. m. Ord. kvicksilfverjodur. Hos barnet, som diat modern och till en början artat sig väl, uppträdde efter en månad utslag. Vid inkomsten tämligen väl närdt, oroligt; ansiktet rödt, fjällande, munnen halföppen med torra spruckna läppar; snufva; flere vätskande, skorpiga papler i några halsveck, mjälten föga om något förstorad. — Hydr. c. creta. Snar förbättring. Utskrefs ganska frodig d. 23/8. Afled följande månad i barnkolera.

Fall 130.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 8:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Nej.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. dödt.

Kvinnan fick för 6 år sedan ett ännu lefvande friskt barn. Födde å BB d. 22/9 1891 en, som hon tror, något för tidig flicka. Hade i augusti haft samlag med en annan än barnfadern, men iakttog ingenting misstänkt hos sig förr än fullt en månad efter partus, då utslag uppträdde. Vid inkomsten d. 31/11 miliär papulös syfilid å flere kroppsdelar jämte sparsamma, lentikulära papler, corona venerea, en mukös papel å högra lab. maj., flere mindre, subkutana tuberkler å högra knäregionen, katarral angina, adenit i ljumskar m. m. Ord. kv.-jodur. Barnet hade till en början diat modern, sedan en annan kvinna. I början af november fick det snufva och i slutet af samma månad utslag å kroppen. Vid inkomsten tämligen väl närdt, men oroligt, hade snufva med blodig sekretion; hakan missfärgad: papulös syfilid, här och där fjällande, å alla extremiteterna, äfven handryggarna, sparsamt å bålen: mjälten något förstorad. — Smörjkur. — Natten till d. 8/12 kräkning och diarré. Krafterna föllo hastigt, och barnet afled d. 10. Vid obduktionen anmärktes: Hufvudskålen välbildad: måttlig blodhalt i hjärnan och dess hinnor; ependymit i sidoventriklarna; vänstra bakre hornet nästan fullständigt oblitereradt likasom spetsen af det högra. Magsäckens slemhinna uppluckrad med grenig injektion här och där; tarmslemhinnan blek. Mjälten något förstorad. Lefvern snarare liten, lätt ikterisk, snittytan gulgrå, homogen, konsistensen fast.

Fall 131.

Modern 31-40 år; **g.;** inf. i 9:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ja.** Symptom hos **barnet** i 2:a månaden; utskr. fb.

Kvinnan hade med sin äkta man förut sju barn, af hvilka några dött i akuta sjukdomar men flertalet lefde och voro friska. Sista gången hafvande i april 1892 fick hon d. 19/1 93 en fullgången gosse. Under hennes puerperium erkände sig mannen vara smittad och vårdades snart därefter å SH för

syfilis (primäraffektion, roseol, angina). I början af mars eller omkring 6 veckor efter förlossningen iakttog modern ett utslag vid gossens anus och snart därefter å hakan, hvarjämte han fick snufva och hosta. Några dagar därefter uppträdde hos henne själf utslag först i nacken, snart därefter å ansikte, armar, bröst. Vid inkomsten å SH hade hon ett synnerligen rikligt utslag af dels erythema papulatum, dels lentikulära papler, hvaraf talrika i ansiktet, en vätskande papel å vänstra lab. maj., katarral angina, heshet och förstorade körtlar i ljumskarna, nacken m. m. — Ord. smörjkur. — Den 3/4 högersidig irit. Barnet, som till en början diat modern, var vid inkomsten tämligen väl närdt, men slapt med gulblek, kakektisk ansiktsfärg och ödem i ögonlocken, hade snufva, fjällande och skorpiga papler på och under hakan, vätskande papler vid anus och betydlig mjältsvulst. — Tann. hydrarg. — Den 9/4 abscederande adenit framför vänstra örat. Förbättringen fortgick därefter stadigt, och vid utskrifningen den 4/5 var barnet lugnt och i öfrigt symptomfritt men ännu blekt, och mjälten var stor.

D. Barnen symptomfria under observationstiden.

Fall 132.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 2:a månaden. *Behandl.*: i 6:e-8:e månaden 40 smörjningar.

Smittad af **barnfadern? Ok. Barnets** observationstid öfver 6 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Hafvande i mars 1878; i slutet af juli fläckigt utslag å kroppen. Vid inkomsten d. 6/8 mjukt ärr å vänstra lab. maj., mukösa papler å vulva, roseol, angina, måttlig adenit i ljumskarna, ringa annorstädes. Utskrefs symptomfri d. 11/11. Fick å BB d. 20/12 en fullgången flicka, som diade modern. Vid inkomsten å SH d. 14/1 79 modern fri från symptom; barnet ganska frodigt, fostrade sig väl och företedde ej minsta symptom af syfilis under härvaron. Utskrefvos d. 4/7. Barnet skall kort därefter hafva intagits å BH och där dött af njursjukdom.

Fall 133.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 2:a månaden. *Behandl.*: i 5:e-6:e månaden kvicks.-jodur (2 gr.), i den 8:e-9:e samma behandling.

Smittad af **barnfadern? Ok. Barnets** observationstid 2-3 månader; utskr. symptomfritt.

Förut ett barn, som dog kort efter födelsen. Hafvande i augusti 1880; under julen utslag å bålen. Vid inkomsten d. 3/1 81 ymnigt roseol, mukös papel å vänstra lårets öfre del, adenit i ljumskar m. m. Utgick emot råd d. 14/2, men återkom d. 26/3 med mukösa papler å vulva och papulös angina. Fick å BB d. 24/5 en fullgången gosse. Placenta frisk med frånseende af någon förtätning öfver chorion; nafvelsträngsvenens intima gulhvit, något förtjockad i en utsträckning af 3 cm. från kakan; artererna friska. Barnet diade modern och fostrade sig i allo väl under härvaron samt företedde inga tecken på syfilis. Utskrefs d. 5/8.

Fall 134.

Modern u. 21 år; **og.**; inf. i 2:a månaden. *Behandl.*: i 7:e-8:e månaden 4 1/2 gr. kvicksilfverjodur.

Smitttad af **barnfadern? Ok. Barnets** observationstid 4-6 månader; utskr. dödt.

Förstföderska. Prostituerad. Sista regleringen i juni 1881. Vid inkomsten den 10/10 mukösa papler å vulva, papulös angina, adenit. Fick å BB d. 1/3 82 en nära fullgången flicka. Placenta frisk med frånseende af en infarkt. Modern saknade mjölk, men barnet fostrade sig i det hela bra och företedde ej symptom af syfilis. I slutet af juli påkom en gastroenterit, och barnet afled d. 12/8. Vid obduktionen tecken på denna sjukdom men inga syfilitiska förändringar.

Fall 135.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 2:a månaden. *Behandl.:* i 5:e och 6:e månaden 3 gr. kvicksilfverjodur, i den 8:e och 9:e samma behandling.

Smittad af **barnfadern? Ok. Barnets** observationstid under 1 månad; utskr. dödt.

Förstföderska. Prostituerad. Antagligen hafvande i slutet af juni 1881. Vid inkomsten d. 19/11 flere sår å vulva, till utseendet enkla schankrar. I början af december lentikulär, papulös syfilid, som blef ymnig, angina, adenit. Utskrefs symptomfri d. 4/2 82, återkom d. 24/3 med mukösa papler och papulös angina. Fick å BB d. 5/5 en fullgången flicka. Placenta företer flere större och mindre hvita infarkter, men är i öfrigt frisk till parenkym och kärl. Kort efter inkomsten fick barnet ansiktsros och afled d. 26/5. Vid obduktionen inga tydliga organförändringar.

Fall 136.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* i 6:e månaden smörjkur, som måste afbrytas för stomatit.

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnets** observationstid 3-4 månader; utskr. symptomfritt.

Förut ett friskt ännu lefvande barn. Hafvande i mars 1878; i början af augusti svullnad och sår i vulva. Vid inkomsten d. 29/8 tre primäraffektioner å vulva, adenit i ljumskar m. m., roseol, angina. Födde å BB d. 29/12 en fullgången gosse. Placenta något blek men lucker och frisk och så äfven kärlen. Barnet diade modern och fostrade sig väl samt visade inga symptom af syfilis. Utskrefs d. 29/4 79.

Fall 137.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* i 6:e och 7:e månaden 30 smörjningar.

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnets** observationstid 2-3 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Sista regleringen i april 1878; i början af augusti sårnader i vulva. Vid inkomsten den 19/8 erosioner å vänstra lab. maj. utan typiskt utseende jämte någon adenit i ljumskarna. I början af september började låga papler uppstå i vulva, och den 22/9 funnos talrika, vätskande papler, impetigo capitis och katarral angina. Fick å BB d. 2/1 79 en fullgången gosse. Placenta något tunn men annars utan anmärkning. Barnet,

som diade sin moder, artade sig ganska bra och företedde ej symptom af syfilis. Utskrefs d. 29/4.

Fall 138.

Modern 31-40 år; **g.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* i 6:e och 7:e månaden 21 smörjningar.

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnet** inficieradt efter födelsen; utskr. symptomfritt.

Förut två friska barn med sin äkta man. Hafvande i slutet af maj 1879; i slutet af oktober utslag å bålen, snart å genitalia. Vid inkomsten d. 24/11 talrika mukösa papler å och kring vulva, däraf en större å vänstra lab. maj. med ej obetydlig infiltration i huden, betydlig adenit i ljumskarna, ringare annorstädes, storfläckigt roseol, angina. Utskrefs på egen begäran d. 22/12. Födde å BB d. 5/8 80 en fullgången gosse. Modern ammade barnet, som höll sig friskt till d. 6/6—7/6, då det började blifva oroligt och fick ett utslag vid penis. Den 12/6 uppvisades för oss gossen, som till höger vid radix penis och öfvergående på scrotum företedde en rundad, mer än ärtstor erosion, väl begränsad, med en gråaktig beläggning och afsöndrande en klar vätska; den hvilade på ett något större ganska mäktigt, elastigt infiltrat. Ingen adenit i ljumskar eller annorstädes. Den 2/7 var erosionen läkt men infiltratet ännu större och en tydligen typisk skleros. Nu fans en körtelsvulst å högra ljumsken och några små å halsen samt därjämte ett småfläckigt utslag med inblandade låga papler å buken och någon fläckighet kring munnen. Barnet visades nu en gång i veckan. Utslaget blef efter hand mycket ymnigt, platta papler uppträdde å scrotum, perinæum och lårvecken, snufva samt nya körtelsvulster i ljumskarna och å halsen. Sklerosen höll sig mycket ansenlig, rödbrun till färgen, lätt fjällande. Härunder var barnets allmänna tillstånd ganska godt, han diade bra, och öppningen var ordentlig. Den 26/7 ord. hydr. c. creta. Förbättring inträdde snart, men, då modern tydligen slarfvade med ingifningen, öfvertalades hon att inkomma på sjukhuset med barnet. Sklerosen kändes då (d. 9/9) mycket tydlig, väl begränsad och var något höjd öfver omgifningen. Utslaget kvarstod delvis. Nu följde rask förbättring, och barnet utskrefs d. 19/10 symptomfritt i öfrigt men en degig lämning fans efter primäraffektionen och en tämligen betydlig adenit.

Fall 139.

Modern 31-40 år; **og.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* i 6:e och 7:e månaden 8 injektioner med 5 cgr. Ox. hydr. flav.

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnets** observationstid 4-6 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Hafvande sedan februari eller början af mars 1888; sår å genitalia i juni och utslag å kroppen i slutet af juli. Vid inkomsten d. 13/8 primäraffektion och mukösa papler å vulva, roseol, papulös angina. Utgick d. 3/10. Födde å BB d. 28/11 en nära fullgången flicka, som diade modern och fostrade sig väl. De intogos å SH d. 18/2 89. Modern hade ett papulöst erytem och angina. Ord. kvicksilfverjodur. Barnet något litet och magert, men diar bra. Dess främre fontanell helt liten och hufvudskålens förbening i öfrig långt hunnen, pannan låg. Fritt från tydliga symptom af syfilis och förblef så under härvaron. Utskrefs d. 13/4.

Fall 140.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 3:e månaden. *Behandl.:* i 8:e och 9:e månaden 8 thymolkvicksilfverinjektioner.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnets** observationstid 3-4 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Hafvande i slutet af oktober 1889; i mars 90 utslag å vulva, snart å bålen. Vid inkomsten d. 13/6 talrika mukösa papler å genitalia, lentikulära papler å bålen, papler å tungan, adenit i ljumskar och annorstädes. Födde å BB d. 1/8 en fullgången gosse. Placenta företedde ett 5 cm. långt atrofiskt parti vid randen, i öfrigt utan anmärkning. Barnet diade modern och artade sig väl. Den 11/11 visade sig å insidan af öfverläppen en liten hudlöshet, och barnet hade några mindre körtelsvulster vid underkäken. Hudlösheten läktes hastigt, och barnet utskrefs d. 22/11 med tillsägelse åt modern att genast infinna sig, om barnet ej förblef friskt, men hon afhördes ej. Modern hade under hösten genomgått en ny behandling.

Fall 141.

Modern **21-30** år; **og.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.:* i 6:e månaden 30 smörjningar.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnets** observationstid öfver 6 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Hafvande i juli 1871; i början af oktober sårnad i vulva och omkring en månad därefter ett betydligt utslag därstädes. Vid inkomsten d. 15/11 några orena ej typiska sår å vänstra lab. maj. på sväld bas, talrika mukösa papler å genitalia och omgifningen, adenit i ljumskar och hals. Inokulation från såren gaf negatift resultat. Den 23/11 fosterrörelser. Fick å BB d. 24/3 72 en fullgången gosse. Modern hade otillräcklig mjölk, men barnet artade sig väl och utskrefs särdeles frodigt med modern d. 3/7 utan att hafva visat något symptom af syfilis. De vårdades åter hösten 1872 och våren 1873; barnet företedde aldrig tydliga symptom af lues.

Fall 142.

Modern **31-40** år; **og.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.:* i 9:e månaden 12 smörjningar.

Smittad af **barnfadern?** **Ok.** **Barnets** observationstid 4-6 månader; utskr. symptomfritt.

Förut ett friskt ännu lefvande barn. Sista regleringen i oktober 1875. I början af april 76 mattighet, hufvudvärk och snart utslag kring anus och å vulva. Vid inkomsten d. 30/5 mukösa papler å vulva och tungan, papulös angina, adenit i ljumskar m. m. Fosterrörelser och fosterljud normala i öfrigt, men biljud vid det senare. Fick å BB d. 13/6 en fullgången gosse. Placentas substans utan anmärkning, men serotina är fläckvis tjockare än normalt, och öfver chorion finnes nästan öfverallt en mer eller mindre betydlig förtätning. Barnet fostrade sig väl och höll sig frisk, utskrefs d. 30/10. Modern fick efter återkomsten från BB en irit och genomgick smörjkur.

Fall 143.

Modern **21-30** år; **g.**; inf. i 4:e månaden. *Behandl.:* i 9:e månaden 22 smörjningar.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnets** observationstid 2-3 månader; utskr. symptomfritt.

Förut ett friskt barn med sin äkta man. Missfall genom skrämsel 1877. Sista regleringen i april 1878; i november ondt i halsen och efter någon tid utslag å genitalia. Vid inkomsten d. $^{2}/_{1}$ 79 talrika muköşa papler å vulva och flere under brösten, ragader å läpparna, alopeci, allmän adenit. Hennes man inkom kort efter henne med rest efter primäraffektion, papulöst erytem m. m. Fick å BB d. $^{29}/_{1}$ en liten men frisk flicka. Placenta företer ett ej obetydligt atrofiskt parti vid randen och en större randinfarkt, substansen annars utan anmärkning. Nafvelsträngsvenens och den ena arterens intima gulhvit och väggen något förtjockad; arteren starkt utbuktad kort före insertionen; ramus communicans oblitererad. Barnet diade modern och fostrade sig väl samt höll sig fri från symptom af syfilis, utskrefs d. $^{28}/_{4}$ frodig; vägde vid inkomsten 2,7 kg., vid utskrifningen nära 6 kg. Modern fick ingen behandling under sista härvaron.

Fall 144.

Modern u. 21 år; **og.;** inf. i 4:e månaden. *Behandl.:* i 7:e och 8:e månaden $4^{1}/_{2}$ gr. kvicksilfverjodur.

Smittad af **barnfadern? Ok. Barnets** observationstid 3-4 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Prostituerad. Hafvande i juli 1882. Vid inkomsten d. $^{12}/_{12}$ flere till utseendet enkla schankrar å vulva. Den $^{9}/_{1}$ roseol och katarral angina. Fick å BB d. $^{20}/_{4}$ en fullgången gosse. Barnet diade modern och fostrade sig väl samt företedde ej symptom af syfilis. Utskrefs d. $^{9}/_{8}$.

Fall 145.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 4:e månaden. *Behandl.:* i 7:e och 8:e månaden 4 calomelinjektioner.

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnets** observationstid öfver 6 månader; utskr. symptomfritt.

Förut ett ännu lefvande och friskt barn. Hafvande i juli 1887; fosterrörelser i november. Omkring midten af december utslag å vulva. Vid inkomsten d. $^{9}/_{1}$ 88 ödem i venstra lab. maj. med flere rena, röda exkoriationer och några dylika i det högra labiet, roseol, lentikulära papler, adenit i ljumskar m. m. Utskrefs symptomfri d. $^{29}/_{2}$. Fick å S BB d. $^{8}/_{4}$ en fullgången flicka, som diade modern och fostrade sig väl. I 3:e och 4:e månaden hade det något utslag å klinkorna, som snart försvann, och under sista tiden någon hudlöshet å läpparna. Vid inkomsten d. $^{29}/_{3}$ hade modern en liten papelbildning i högra munvinkeln, var i öfrigt symptomfri. Barnet, som var frodigt och lugnt, hade en obetydlig erosion å underläppen, som snart försvann utan behandling. Utskrefvos d. $^{27}/_{4}$. Modern fick 5 injektioner med salicyls. kv. oxid (10 cgr.).

Fall 146.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 4:e månaden. *Behandl.:* i 7:e månaden 30 påstrykningar; i 9:e Pil. hydr.

Smittad af **barnfadern? Nej. Barnets** observationstid 2-3 månader; utskr. dödt.

Två ännu lefvande friska barn, det sista i oktober 1895. Åter hafvande i april 96; i början af augusti sår i vulva och omkring midten af september utslag å kroppen. Vid inkomsten d. $^{6}/_{10}$ två primäraffektioner och några små

mukösa papler å vulva, ymnigt roseol, fjällande papler i ansiktet, måttlig allmän adenit, blåskatarr med hematuri sedan en månad. Den sistnämnda behandlades först, men d. 15/10 gafs smörjkur i form af påstrykning. Fick å BB d. 14/1 97 en fullgången flicka, som diade modern. Barnet fostrade sig väl till d. 12/3, då det fick en gastroenterit och afled d. 20 på morgonen. Aftonen förut hade en svartaktig massa framkommit ur näsa och mun. Vid obduktionen fans gastromalacia nigra med betydlig uppmjukning af den i aflossning stadda slemhinnan. En likartad massa träffades i tunntarmens nedre del och i mindre kvantitet äfven i larynx och trachea. De nedersta peyerska fläckarna och en del solitära körtlar i groftarmen svälde; mesenterialkörtlarna föga om något förändrade. Njurarnas corticalis något ansväld och grådaskig. Mjälte, ben likasom öfriga organ utan anmärkning.

Fall 147.

Modern **21-30** år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.:* i 7:e och 8:e månaden 21 smörjningar, därefter jodkalium, 1 gr. dagligen.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnets** observationstid under 1 månad; utskr. dödt.

Förstföderska. Hafvande i augusti 1874; i slutet af januari 75 sår å underläppen och i slutet af februari utslag å vulva. Vid inkomsten d. 17/3 primäraffektion å midten af underläppen, betydlig ansvällning af flera submaxillarkörtlar, talrika mukösa papler å genitalia. Fick å BB d. 27/5 en fullgången gosse. Placenta frisk. Vid återkomsten till SH d. 9/6 var barnet klent och svagt men utan syfilitiska symptom; äfven modern svag och utan mjölk, behäftad med perimetrit. Barnet föll alt mera; ville efter d. 17 ej taga flaskan; betydlig afmagring; kyliga extremiteter; gulgrön afföring. Afled d. 18. Vid obduktionen anmärktes: nafveln läkt; vena umbilic. innehåller en tjock varlik vätska, som äfven delvis fyller portam hepatis och därifrån kan följas å ena sidan inuti lefverkärl af 3:e—4:e ordningen och å den andra i de större mesenterialvenerna. Kärlväggen öfveralt hvitgul å ytan, förtjockad. Lefvern blodrik, något ikterisk; inga metastatiska härdar. I öfrigt ingenting anmärkningsvärdt.

Fall 148.

Modern **u. 21** år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.:* i 6:e och 7:e månaden 5 calomelinjektioner.

Smittad af **barnfadern?** **Ok.** **Barnets** observationstid 1-2 månader; utskr. dödt.

Förstföderska. Prostituerad. Sista regleringen i maj 1887. Vid inkomsten d. 10/10 4 primäraffektioner å vulva, hvilka funnits en vecka; adenit i ljumskarna. Den 28/10 ord. calomelinjektioner. Utskrefs d. 11/1 1888, utan att hafva företett secundaria. Födde i hemmet d. 23/1 en fullgången flicka. Placenta frisk med frånseende af två bönstora randinfarkter. Barnet artade sig bra men afled efter en månad i en hastigt förlöpande okänd sjukdom. Modern inkom åter d. 7/8 och hade då mukösa papler, papulös angina och allmän adenit.

Fall 149.

Modern **u. 21** år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.:* i 9:e månaden 4 thymolkvicksilfverinjektioner.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnets** observationstid 3-4 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Sista regleringen i mars 1891; i början af oktober utslag å genitalia. Vid inkomsten d. 13/11 tallösa, mukösa papler å och kring vulva, psoriasis palm., adenit i ljumskar m. m. Fick å BB d. 9/12 en fullgången flicka. Placenta företedde en betydlig kalkafsättning genom hela kakan och en randinfarkt men var i öfrigt utan förändring. Barnet fostrade sig väl, oaktadt moderns mjölk snart blef otillräcklig, och visade inga tecken till syfilis. Utskrefs d. 9/3 92. Skall hafva aflidit å BH d. 3/4 af barnkolera.

Fall 150.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 5:e månaden. *Behandl.*: i 7:e och 8:e månaden 35 påstrykningar à 4 gr. salfva.

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnets** observationstid 3-4 månader; utskr. dödt.

Förstföderska. Sista regleringen i maj 1892. Omkring midten af nov. utslag å genitalia. Vid inkomsten d. 19/12 talrika erosioner å vulva, roseol, adenit i ljumskar m. m. Fick å BB d. 22/2 93 en fullgången gosse. Placenta något tunn, företer ett par hvita infarkter men är i öfrigt utan anmärkning likasom hinnor och kärl. Modern sinade snart, men barnet fostrade sig i allo väl. Den 15/5 iakttogs en ansvällning å barnets bukvägg från nafveln till symfysen af vid pass 4 cm:s bredd, tillspetsande sig uppåt; hudbetäckningen blek. Då svullnaden ökades, nafveln frambuktade och fluktuation inträdt, öppnades den tydligen längs urachi förlopp befintliga abscessen d. 17, hvarvid ej obetydligt var utflöt. Då emellertid afflödet blef otillräckligt, och svulsten åter ökades, gjordes en incision längre ned och dränagerör inlades. Barnet föll altmera och afled d. 31. Vid obduktionen fans 2—3 cm. under nafveln en mindre, nekrotisk fläck å abscesshålans bakre vägg med perforation inåt bukhålan, allmän peritonit med rikligt fibrinöst exsudat och sammanlödning mellan tarmslyngorna. Abscesshålan, som räcker ned mot symphysis pubis, väl begränsad, dess vägg lätt skifferfärgad. Urinblåsan nästan tom, utan förändring. Mjälten betydligt förstorad, mörkröd, något lös. I öfrigt ingenting att anmärka.

Fall 151.

Modern 31-40 år; **g.**; inf. i 6:e månaden. *Behandl.*: i 8:e och 9:e månaden 26 smörjningar.

Smittad af **barnfadern? Nej. Barnets** observationstid under 1 månad; utskr. symptomfritt.

Två friska, ännu lefvande barn med samme man. Dessa bägge barn smittades af en inneboende kvinna och fingo i juni 1870 sårnader vid mungiporna, någon tid därefter utslag vid anus m. m. Modern, som var hafvande sedan januari s. å. fick i slutet af juli ondt i halsen. Vid inkomsten å SH d. 6/9 hade kvinnan ett brandigt sår å högra tonsillen, öfvergående på främre gombågen och uvula, ansvälda submaxillarkörtlar, roseol, svår hufvudvärk. Utskrefs på egen begäran läkt d. 15/10 och födde d. 17 en fullgången flicka. Hon instälde sig en kort tid därefter, och då var barnet ännu friskt. De två andra barnen sköttes å SH samtidigt med modern för syfilis.

Fall 152.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 6:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnets** observationstid 2-3 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Sista regleringen i slutet af februari 1876. I oktober utslag å genitalia, som efter hand ökades. Födde å BB d. 5/12 en fullgången gosse. Placenta frisk med frånseende af tämligen betydlig kalkafsättning i kakan. Vid inkomsten d. 12/12 funnos flere nu torra och i regress varande papler å vulva och vid anus, ringa adenit. Barnet diade modern och höll sig friskt under härvaron. Utskrefs d. 27/2 77.

Fall 153.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 6:e månaden. *Behandl.:* i 9:e månaden kv.-jodur.

Smittad af **barnfadern? Ok. Barnets** observationstid 2-3 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Sista regleringen i slutet af april 1876. I slutet af november sår å vulva och under juldagarna utslag å och kring genitalia. Vid inkomsten d. 5/1 77 i vecket mellan högra lab. maj. och minus en större ytlig sårnad på fast bas, talrika muköşa papler å vulva och vid anus, katarral angina, måttlig adenit i ljumskar m. m. Fick å BB d. 7/2 en fullgången flicka, som under de tre första veckorna hade en envis konjunktivit men fostrade sig väl och under vistelsen på SH ej företedde symptom af syfilis. Utskrefs d. 24/4.

Fall 154.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 6:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Nej. Barnets** observationstid 3-4 månader; utskr. symptomfritt.

Fick en ännu lefvande frisk gosse för 4 år sedan. Hafvande i maj 1877; vid jultiden allmänt illamående och hufvudvärk, d. 7/1—8/1 78 fläckigt utslag å bålen och snart svullnader i pannan. Vid inkomsten d. 28/1 rikligt roseol, periostit å pannbenet, allmän måttlig adenit. Samtidigt inkom barnfadern med en primäraffektion, som han fått af henne. Födde å BB d. 4/2 en fullgången gosse. Placenta något liten och tunn, företer några blodcoagula i massan och en randinfarkt, substansen något blek men lucker och kärlen friska. Barnet diade modern, artade sig väl och utskrefs frisk d. 18/5. Modern genomgick under sista härvaron smörjkur.

Fall 155.

Modern 31-40 år; **og.;** inf. i 6:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnets** observationstid 2-3 månader; utskr. symptomfritt.

Förut två friska ännu lefvande barn. Hafvande i december 1879. Under hafvandeskapets två sista månader flytning från genitalia och 3—4 veckor före partus utslag å kroppen. Födde å BB d. 13/9 80 en fullgången gosse och sändes därifrån till SH. Vid inkomsten ett rikligt utslag af lentikulära papler å de flesta kroppsdelar, muköşa papler å vulva, betydlig allmän adenit. Hade därjämte en gammal psoriasis vulgaris. Ord. kv.-jodur. Barnet diade modern till en tid, fostrade sig äfven sedan väl och visade inga tecken på syfilis. Utskrefs d. 5/12.

Fall 156.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 6:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnets** observationstid 3-4 månader; utskr. symptomfritt.

Ett friskt ännu lefvande barn. Hafvande i januari 1879; i slutet af september utslag å blygden. Fick å BB d. 25/10 en fullgången gosse. Vid inkomsten å SH d. 4/11 hade modern talrika, dels torra dels vätskande papler å och kring vulva, katarral angina, temligen betydlig adenit i ljumskar m. m. Barnet artade sig i allo väl och företedde ej minsta symptom af syfilis. Utskrefs knubbig och frisk d. 9/2 1880.

Fall 157.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 6:e månaden. *Behandl.:* i 8:e och 9:e månaden 35 smörjningar.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnets** observationstid 4-6 månader; utskr. symptomfritt och sedan smittadt.

Förstföderska. Hafvande i juni 1881; under julen sår i vulva och i början af februari utslag å genitalia. Vid inkomsten d. 20/2 82 primäraffektion å vänstra lab. maj., adenit i ljumskar m. m., mukösa papler å vulva, katarral angina. Fick å BB d. 30/3 en fullgången flicka. Denna, som diade modern, fostrade sig väl; fick i juli en bronkit, som något nedsatte henne, men hemtade sig och utskrefs med modern d. 4/8, utan att hafva visat minsta tecken till syfilis. Modern hade i juni fått roseol och genomgått merkurialkur. De återkommo d. 13/10. Modern hade mukösa papler å vulva och tungan. Flickan hade, sedan hon upphört att dia modern, fått tarmkatarr, var vid inkomsten något slapp och mager men utan symptom af syfilis. Modern fick kvicksilfverjodur och barnet behandlades för sin tarmkatarr. Den 25/12 iakttogs å barnets haka något till höger om medellinean en ärtstor lätt upphöjd fläck med något infiltrerad bas. Den vidgade sig småningom, infiltratet blef fastare och d. 8/1 83 började den vätska sig. Innanför underkäken uppträdde härunder i medellinean en och åt sidorna flera körtelsvulster. Den 25/1 var efflorescensen nära 25-örestor, en platt papelformig upphöjning, lätt torkande å ytan, som är honungslik med en brunaktig färgnyans; infiltrationen under densamma ganska betydlig. Den 29/1 började sparsamma låga rödbruna papler uppstå å bålen, efter hand å hals, armar och hufvud. Barnet var nu oroligt och skrikigt. Utslaget blef ganska ymnigt, fjällade här och där; å tungan uppträdde några röda fläckar. Den 12/2 ord. hydr. c. creta. Den 26/2. Förbättring i alla afseenden. I midten af mars messling, som afbröt behandlingen, men denna återtogs d. 26/3. Under tiden hade uppstått en ansvällning å 4:e vänstra metacarpalbenets och bägge 4:e metatarsalbenens öfre del. De senare gingo tillbaka, men den förra ökades och gick till caries och abscessbildning. D. 3/5 upphördes med kvicksilfverbehandlingen. Flickan var då symptomfri med frånseende af bensjukdomen och adeniten. Genomgick ny behandling i augusti—september i form af smörjkur. Hon fostrade sig ganska bra och kvarstannade till d. 22/4 84. Hon var då väl närd, kunde gå ordentligt och hade fått de vanliga tänderna; framtänderna i underkäken något dåliga. Efter primäraffektionen fans ett ytligt ärr. Benaffektionen hade läkts men återkommit, och benet var blottadt å en liten punkt; detta ben hade blifvit efter i utvecklingen, så att den 4:e metacarpo-phalang. leden låg vida högre upp än de öfriga.

Modern intogs å SH d. 10/5 1886 jämte en d. 22/3 samma år född flicka, som hade syfilis och afled efter kort tid af gastro-enterit. Den förut omtalade flickan inkom med modern. Hon hade efter utskrifningen fostrat sig ordentligt och ej haft några misstänkta symptom, var nu frisk och välskapad. Efter primäraffektionen förefans ett litet upphöjdt något stråligt ärr och å metacarpalbenet ett indraget vid benet fästadt ärr. Ännu en gång hade jag tillfälle att se henne under 1889, då hon äfven var frisk, något gracil till kroppsbyggnaden men i öfrigt utan anmärkning. Ögon och öron friska. Framtänderna vexlade, ganska goda.

Fall 158.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 6:e månaden. *Behandl.:* vid första anfallet 40 smörjningar (påstrykning).

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnets** observationstid under 1 månad; utskr. symptomfritt.

Förut ett barn, som afled vid 6 veckors ålder. Sista regleringen i midten af juli 1894; i slutet af januari 95 sår å vulva och sist i februari utslag å kroppen. Vid inkomsten å SH d. 6/3 primäraffektion å præp. clitoridis, adenit i ljumskar m. m., rikligt roseol å bålen, fjällande papler vid näsflyglarna. Fick å BB d. 27/4 en fullgången gosse. Placenta frisk till parenkym och kärl. Barnet fostrade sig väl, men modern kunde ej förmås att stanna. Utgick d. 14/5. Ännu i slutet af juli var barnet friskt.

Fall 159.

Modern 31-40 år; **g.**; inf. i 7:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnets** observationstid 2-3 månader; utskr. dödt.

Förut två friska barn med samme man. Hafvande i februari 1871 fick hon d. 12/11 en fullgången flicka. Hade under hafvandeskapet känt sig frisk till 14 dagar före partus, då hon blef matt och hade frossanfall hvarannan dag. Några dagar efter partus vätskande fläckar å vulva, som sedan kvarstått. Vid inkomsten å SH d. 16/1 72 talrika mukösa papler å vulva, papulös angina, adenit. Ord. smörjkur. Barnet hade varit friskt till i början af januari, då det fått en tarmkatarr. Vid inkomsten var det ytterst klent och afled följande dag. Vid obduktionen funnos tecken på en kolit, men i öfrigt ingenting att anmärka.

Fall 160.

Modern 31-40 år; **g.**; inf. i 7:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Nej. Barnets** observationstid 2-3 månader; utskr. symptomfritt.

Förut två friska barn. Hafvande i midten af maj 1887 åtog hon sig d. 23/9 ett 8 månader gammalt fosterbarn. Detta fick i slutet af oktober utslag i munnen och vid anus, återtogs af modern vid jultiden. Ungefär samtidigt därmed fick vår patient svårighet att svälja och en körtelsvulst till vänster vid underkäken. Den 23/2 88 födde hon en fullgången flicka. Dagen förut visade sig ett fläckigt utslag å hennes ben, snart öfver en stor del af kroppen. Vid inkomsten d. 6/4 voro bägge tonsillerna, mest den vänstra, ansvälda och likasom främre gombågarna besatta med mukösa papler; flera ansvälda körtlar till vänster innanför underkäken, en vid högra käkvinkeln, ett par små körtlar kännbara i ljumskarna; roseol. Barnet friskt och frodigt, diade modern och höll sig fritt från syfilis. Utskrefs d. 20/5. Modern genomgick smörjkur. Hon hade med sig en 9 års flicka, som blifvit inficierad af samma fosterbarn.

Fall 161.

Modern u. 21 år; **og.**; inf. i 7:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ok. Barnets** observationstid 4-6 månader; utskr. dödt.

Förstföderska. Sista regleringen i januari 1887; i juli sår i vulva. Vid inkomsten d. 16/8 en större skleros å commissura vulv. post. och foss. navic., en mindre å vänstra lab. min. Måttlig adenit i högra ljumsken, ringa i den vänstra. Fick å BB d. 3/9 en nära fullgången flicka. Vid förlossningen hade på grund af den betydliga svullnaden ett snitt blifvit lagdt utåt och nedåt genom labia majora. Dessa sår voro ännu ej läkta vid kvinnans återkomst till SH d. 21 och emellan dem låg den nu everterade betydliga sklerosen. Den 4/10. Roseol å bålen, som snart ökades, fjällande utslag kring munnen. Ord. calomelinjektion. Barnet fostrade sig ganska väl, oaktadt modern saknade mjölk. Den 24/10 fick det genom moderns bristfälliga omvårdnad ett intertrigo och därefter allmänt eczem och en del subkutana abscesser. Förbättrades snart och fostrade sig ganska bra. I midten af december uppträdde en lungkatarr, som tilltog. Barnet föll af och dog d. 9/1 88. Vid obduktionen träffades en bronkopnevmoni i lungornas bakre nedre delar samt oedema glottidis. Inga tecken till syfilis; benen friska.

Fall 162.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 7:e månaden. *Behandl.:* i 8:e och 9:e månaden 1 calomelinjektion och därefter kvicksilfverjodur till partus.

Smittad af **barnfadern? Nej. Barnets** observationstid 2-3 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Sista regleringen i juni 1887; i början af februari 88 sårnader i vulva. Vid inkomsten d. 11/2 fyra typiska primäraffektioner å vulva och måttlig adenit i ljumskarna. Fick å BB d. 14 en fullgången flicka, som till en början diade modern men snart fick flaska. Barnet fostrade sig väl och visade ej tecken till syfilis, men modern ville ej stanna längre än till d. 18/5. Modern företedde ej tydliga secundaria, men vårdades här 1894 med ett syfilitiskt barn (afd. I 41); hon omtalade då, att här omhandlade flicka hållit sig frisk.

Fall 163.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 7:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnets** observationstid öfver 6 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Hafvande i januari 1890; i slutet af augusti sårnad i vulva. Födde d. 20/10 en fullgången flicka. Under dagarna efter partus iakttog hon utslag först å sina armar, sedan bålen. Vid inkomsten d. 17/12 primäraffektion å commissura vulv. post., erosioner å vulva, ymnigt roseol, allmän adenit. Ord. thymolkvicksilfverinjektion. Barnet, som blott en kortare tid diat modern, var väl utveckladt och förblef symptomfritt under härvaron. Utskrefvos d. 16/2 96. De återkommo d. 8/6. Modern hade fått ett nytt anfall af syfilis. Ord. kvicksilfverjodur. Flickan, som varit utackorderad, hade ett impetigo-liknande utslag å klinkorna och kikhosta. Utslaget försvann snart för lokala medel. Hon var ganska väl närd och höll sig fri från symptom af syfilis. Utskrefs d. 28/7.

Fall 164.

Modern 21-30 år; **og.**; inf. i 7:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnets** observationstid öfver 6 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Hafvande i februari 1892; i slutet af september sårnad i vulva. Vid inkomsten d. 4/11 primäraffektion å högra lab. maj., några erosioner å den vänstra, adenit i ljumskar m. m., roseol å bålen. Fick å BB d. 10/11 en nära fullgången flicka. Vid återkomsten till SH d. 17/11 fick modern genomgå smörjkur. Barnet, som diade modern, fostrade sig synnerligen väl och var under härvaron utan tecken till syfilis. Utskrefs d. 25/1 93. De återkommo d. 25/7, modern behäftad med muköse papler och papulös angina; fick smörjkur. Barnet hade hela tiden varit friskt och var så äfven nu. Utskr. d. 26/8. Flickan afled kort därefter af »diarré».

Fall 165.

Modern **21-30** år; **og.**; inf. i 7:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnets** observationstid öfver 6 månader; utskr. symptomfritt.

Ett år före sista konceptionen ett litet och klent barn, som dog efter 13 dagar; det var rent å kroppen, men andades med svårighet. Åter hafvande i februari 1892 med en annan man födde hon d. 14/11 en fullgången flicka. Under hafvandeskapet märkte hon ingenting sjukligt hos sig, men omkring en vecka efter partus visade sig utslag. Vid inkomsten d. 4/1 1893 ett tämligen ymnigt, lätt pigmenteradt roseol å extremiteterna; någon adenit i ljumskar m. m. Ord. smörjkur. En månad efter behandlingens slut svår värk i hufvudet och bägge skenbenen, papulös syfilid; en vacker leukoderma hade utvecklat sig å halsen. Fick åter smörjkur och detta upprepades tredje gången, då liknande symptom åter uppträdde. Barnet, som diade modern, fostrade sig i allo väl samt utskrefs friskt och frodigt d. 6/9.

Fall 166.

Modern **21-30** år; **og.**; inf. i 7:e månaden. *Behandl.:* strax före partus 5 smörjningar.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnets** observationstid öfver 6 månader; utskr. symptomfritt.

Förut en frisk ännu lefvande gosse. Hafvande i början af juli 1892; omkring midten af februari 93 sår å vulva. Vid inkomsten d. 1/4 primäraffektion å vänstra lab. maj., adenit i vänstra ljumsken, ringa i den högra, rikligt roseol, katarral angina. Ord. smörjkur. Älskaren vårdades här polikliniskt för första anfallet af syfilis. Kvinnan fick å BB d. 9/4 en fullgången flicka. Placenta utan anmärkningsvärd förändring. Barnet diade modern, artade sig väl och företedde ej symptom af syfilis, men modern utgick redan d. 1/6. De återkommo d. 6/9. Modern hade en betydlig papulös angina och roseol; fick smörjkur. Barnet, som hela tiden diat modern, hade varit friskt och var så under härvaron. Utskrefvos d. 20/10.

Fall 167.

Modern **21-30** år; **og.**; inf. i 7:e månaden. *Behandl.:* i 8:e och 9:e månaden 30 smörjningar (påstrykning) à 4 gr.

Smittad af **barnfadern?** **Ja.** **Barnets** observationstid under 1 månad; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Sista regleringen i början af juni 1894. Vid inkomsten d. 21/1 1895 primäraffektion å högra lab. maj. et minus samt någon adenit i ljumskarna. Hon hade haft såren 2—3 veckor före inkomsten. I midten af

februari roseol å bål och extremiteter. Utgick d. $^{22}/_{2}$ och fick å BB d. $^{23}/_{2}$ en fullgången och väl utvecklad gosse. Utskrefs därifrån och lät sig ej vidare afhöra.

Fall 168.

Modern 31-40 år; **g.;** inf. i 8:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnets** observationstid 4-6 månader; utskr. symptomfritt.

Förut sex barn med sin äkta man. Åter hafvande födde hon d. $^{20}/_{3}$ 1888 en fullgången flicka. Ungefär 3 veckor efter förlossningen värk i hufvudet och flera ledgångar, snart utslag å bål och genitalia. Hade plägat umgänge med mannen till det sista och, sedan hon insjuknat, fått veta, att han var smittad. Hon behandlades någon tid polikliniskt, men intogs d. $^{26}/_{6}$ och företedde då alopeci, papulöst erytem, mukösa papler å genitalia, angina och måttlig allmän adenit. Ord. kvicksilfverjodur. Barnet, som diat sin moder och varit friskt hela tiden, var väl utveckladt och fritt från symptom af syfilis samt förblef så under härvaron. De utskrefvos d. $^{8}/_{8}$.

Fall 169.

Modern 31-40 år; **og.;** inf. i 8:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnets** observationstid 4-6 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Hafvande i maj 1888 födde hon d. $^{25}/_{2}$ 89 en fullgången flicka. Två à tre veckor före förlossningen sveda vid urinkastningen och ungefär 2 veckor efter partus vätskande upphöjningar å vulva, sedermera utslag å andra kroppsdelar. Vid inkomsten d. $^{21}/_{5}$ mukösa papler å vulva, roseol, papulös angina, adenit. Ord. inj:r med salicyls. kvicks.-oxid. Barnet, som till en tid diat modern, var särdeles väl utveckladt och under härvaron fritt från symptom af syfilis. Utskrefvos d. $^{29}/_{6}$.

Fall 170.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 9:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnets** observationstid öfver 6 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Hafvande i december 1879 födde hon d. $^{1}/_{10}$ 80 en fullgången flicka. Hade vårdats å SH d. $^{27}/_{7}$—$^{28}/_{8}$ under diagnosen: enkel schanker. Hon ammade sitt barn i 6 veckor och tog då tjänst som amma i en enskild familj. En kort tid därefter började hon lida af värk i hufvud, armar och underben med känsla af svaghet och slapphet i dessa delar, men hade härunder god mjölktillgång och födde barnet med lätthet. I midten af december visade sig ett utslag å armarna, snart å andra kroppsdelar. Vid inkomsten d. $^{30}/_{12}$ hade hon en utbredd maculo-papulös syfilid å bålen, sparsammare å extremiteterna, allmän adenit. Ord. kvicksilfverjodur, som togs med afbrott, då någon stomatit uppstod. I mars grupperade papler och hufvudvärk. Ord. smörjkur. Barnet var vid inkomsten väl utveckladt och friskt. Fick i slutet af februari snufva och lungkatarr, hvilken var envis och nedsatte detsamma, men det hemtade sig och fostrade sig sedan väl samt företedde inga symptom af syfilis. Utskrefvos d. $^{3}/_{5}$. Det främmande barnet, som hon ammat, skall hafva förblifvit friskt.

Fall 171.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 9:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Nej. Barnets** observationstid öfver 6 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Hafvande i november 1891 födde hon å BB d. 31/7 92 en flicka, som ansågs ett par veckor för tidig men var frisk. Från april till midten af juli hade kvinnan bott hos en familj, där hon skötte ett litet barn, som hade utslag vid mun och anus. I början af augusti och under vistelsen på BB fick hon en ömmande ansvällning vid högra långfingrets nagel. Där uppkom en sårnad och nageln började lossna. Hon vände sig till en poliklinik, där man borttog större delen af nageln. Under denna tid eller 5—6 veckor efter förlossningen uppträdde ett utslag å hennes armar, därefter å lår och ansikte. Vid inkomsten d. 18/11 långfingrets nedre ände klubblik, rödblå, hård; nageln till största delen borta, dess bädd upphöjd, skorpig; lentikulära, fjällande papler å underarmar, lår, nacke, ansikte, händernas insidor; en större hård körtel i högra axillen, obetydliga å hals och ljumskar; värk i flera ledgångar. Ord. smörjkur. Barnet, som diat modern, var väl närdt vid inkomsten; sattes på artificiel föda. Fostrade sig väl och var fri från alla tecken på syfilis. Utskrefvos d. 23/12. Modern vårdades sedan 2 gånger för svårartad syfilis. Barnet, som var med henne, förblef friskt.

Fall 172.

Modern u. 21 år; **og.;** inf. i 9:e månaden. *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Ok. Barnets** observationstid öfver 6 månader; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Fick en fullgången flicka d. 21/10 1891. Vill först i början af januari 92 hafva märkt utslag å genitalia, som sedan kvarstått. Vid inkomsten d. 5/4 talrika nu till större delen torra papler å vulva och perinæum, betydlig adenit i ljumskar, nacke m. m., ragad i vänstra mungipan, muköse papler å tungan, betydlig angina. Ord. thymolkv.-inj:r. Barnet, som diat modern en månad, var vid inkomsten ganska väl utveckladt, hade en betydlig intertrigo, som snart försvann vid renhållning. Var fritt från symptom af syfilis och artade sig väl under härvaron. Utskrefvos d. 9/5.

Fall 173.

Modern 31-40 år; **og.;** inf. i 9:e månaden, *Behandl.* **O.**

Smittad af **barnfadern? Nej. Barnets** observationstid 2-3 månader; utskr. dödt.

Förstföderska. Hafvande i september 1891. Under senare delen af hafvandeskapet bodde hon hos sin syster. Dennas lilla dotter, som antagligen blifvit smittad af en inneboende prostituerad kvinna, inficierade sin moder och moster. Den senare lämnade systern d. 1/6 och födde å BB d. 22/6 en fullgången gosse. Hon ammade barnet en månad och återtog därefter sin plats som kokerska. Den 12—13 augusti iakttog hon utslag å kroppen, ondt i halsen och fick värk i ett knä. Vid inkomsten d. 11/9 hade hon ymnigt roseol, papulös angina å den förstorade högra tonsillen, ansvälda submaxillarkörtlar, några små körtlar kännbara å hals och ljumskar. Ord. smörjkur. Barnet vid inkomsten ganska väl närdt och fritt från symptom af syfilis. Fick d. 19/9 gastroenterit och afled d. 22. Vid obduktionen funnos tecken på en utbredd kolit och ansvällning af en del mesenterialkörtlar men i öfrigt inga patologiska förändringar. Det ursprungligen smittade barnet intogs redan i juli, dettas moder i september och i slutet af året en fostermoder, som blifvit inficierad af samma barn.

Fall 174.

Modern 21-30 år; **og.;** inf. i 9:e månaden. *Behandl.* **0.**

Smittad af **barnfadern? Ja. Barnets** observationstid 3-4 månader; utskr. symptomtritt.

Konkubin. Förut en frisk ännu lefvande flicka. Fick efter normalt hafvandeskap en fullgången gosse d. 10/12 1894. Hon steg upp efter 4 dagar och började syssla. Hade en känsla af stramning i bakre delen af vulva och trodde sig hafva fått en bristning vid partus. Där uppstod en sårnad, som sedan förefunnits. Omkring d. 1/2 1895 fick hon värk i flera ledgångar och sömnaktighet, snart därefter utslag å vulva och svullnad å pannbenet. Vid inkomsten d. 15/2 en ganska betydlig skleros å commissura post., måttlig adenit i ljumskarna, mukösa papler å vulva och två ömmande periosteala svulster å pannbenet. Den 21 roseol å bål och armar. Ord. smörjkur. Barnet, uppfödt vid flaska, väl närdt, företedde under härvaron inga symptom af syfilis. Utskrefvos d. 18/3. Barnfadern infann sig d. 13/12 94 å polikliniken och hade då primäraffektion samt adenit i ljumskarna.

Afdelning IV.

Modern förnekar syfilis, och tydliga symptom däraf kunna ej upptäckas, barnet har kongenital syfilis.

Fall 1.

Modern u. 21 år; **og. Barnet** fullgånget; symptom af syfilis i 3:e månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Vill ej hos sig hafva märkt några symptom af syfilis. Barnfadern skall enligt hennes påstående hafva varit vårdad å SH för venerisk sjukdom, men i så fall har han begagnat falskt namn. Efter normalt hafvandeskap födde hon d. 24/7 1870 en fullgången flicka, som diade modern. Efter 2 månader fick kvinnan ammtjänst å BH. Barnet, som hon medförde, var då friskt, men fick snart därefter snufva, hvilken fortfarit. Då flickan var nära 4 månader, uppstod ett utslag å hennes ansikte och extremiteter. hvilket efter någon tid började fjälla. Syfilis diagnosticerades, och de sändes till SH d. 29/12. Vid inkomsten modern symptomfri; har dock en lindrig adenit å ljumskar och hals. Barnet ganska väl nutrieradt men blekt och oroligt. Snufva. Huden å pannan lindrigt fjällande. Låga brungrå, lätt fjällande papler å extremiteterna. Mjälten betydligt ansväld. Måttlig allmän adenit. Ord. sublimatbad. Den 19/1 utslaget delvis försvunnet. Allmänna tillståndet sämre. Lungkatarr. Urinen håller något albumin. Afföringen blek. Afled d. 11/2. Vid obduktionen finnes dubbelsidig bronkopnevmoni; betydlig förstoring af mjälten, som är fastväxt vid omgifningen; lefvern stor, af fast konsistens, företer en interstitiel hepatit och en betydlig fettdegeneration af lefvercellerna i yttre delen af acini; främre fontanellen helt liten och hufvudskålens förbening längre hunnen än vanligt vid denna ålder.

Fall 2.

Modern 21-30 år; **og. Barnet** fullgånget; symptom af syfilis i 3:e månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Påstår både sig själf och barnfadern vara fri från syfilis. Fick d. 28/9 1870 ett fullgånget barn, som diade modern och fostrade sig väl till midten af december, då det fick snufva och utslag kring anus. Behandlades å BH:s poliklinik och blef bättre, men symptomen återkommo på nyåret. Vid inkomsten d. 25/3 71 hade modern ej obetydlig adenit i ljumskarna, ringa å halsen men annars intet, som häntydde på syfilis. Barnet, klent och lidande, hade fjällande papler i ansiktet, muköse papler vid anus och omgifningen, snufva och något förstorad mjälte. Ord. hydr. c. creta. Från analtrakten utvecklade sig en erysipelas ambulans, som ytterligare nedsatte barnet, men utslaget försvann. Utskrefs den 21/4. De intogos åter den 18/10 71. Modern hade i högra munvinkeln en ärtstor, skorpbeklädd efflorescens, liknande en mukös papel. Den försvann vid lapistouchering. Barnet hade mukösa papler å munvinklarna, vulva och vid anus; mjälten ännu förstorad. Hade fortfarande diat modern. Hydr. c. creta. Utskrefvos d. 22/12.

Fall 3.

Modern 21-30 år; **og. Barnet** fullgånget; symptom af syfilis i 1:a månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Fick d. 3/2 1871 ett fullgånget barn, som hon ammat. Barnfadern fick vid jultiden utslag i ansiktet och var klen; hos sig har hon ej märkt något sjukligt förutom en obetydlig flytning från genitalia ett par veckor före förlossningen. Vid inkomsten d. 27/3 företer modern en tämligen betydlig adenit i ljumskar och å halsen, samt några ej typiska acneliknande efflorescenser å högra underarmen, handryggen och bröstet samt fläckar efter dylika; de skola hafva uppstått efter förlossningen. Barnet, som till en början fostrade sig väl, fick efter någon tid snufva och ojämn afföring, i slutet af februari utslag å kroppen. Vid inkomsten är barnet magert och klent; ansiktet missfärgadt; snufva, rikligt utslag af låga papler å bål och extremiteter; ringa adenit; buken spänd; trög afföring; dyspné. Afled d. 30. Vid obduktionen bilateral plevrit; mjälten föga om något förstorad, men kapseln fläckvis förtjockad; interstitiel hepatit.

Fall 4.

Modern 31-40 år; **og. Barnet** fullgånget; symptom af syfilis i 2:a månaden; utskr. dödt.

Fem år före sista konceptionen ett fullgånget barn, som afled vid 5 månaders ålder af diarré. Hon anser barnfadern, som är något till åren och länge känd, frisk och vill ej hos sig hafva märkt något misstänkt. Hon fick d. 22/4 1871 en fullgången gosse, som diade modern och artade sig tämligen bra till in i 5:e veckan, då han blef klen, fick snufva och snart utslag å ansikte, armar och ben. Vid inkomsten d. 2/6 kan hos modern inga symptom af syfilis upptäckas. Barnet, ytterst klent, kan ej dia; ikterisk hudfärg; missfärgning kring munnen med ragader å läpparna; låga fjällande papler å extremiteterna; buken spänd. Låg mest i dvala, hade stundom ryckningar i högra sidan och afled samma dag. Vid obduktionen fans allmän peritonit och en betydlig förstoring af mjälten; i öfrigt ingenting anmärkningsvärdt, men hufvudet synes ej hafva blifvit undersökt.

Fall 5.

Modern 21-30 år; **og. Barnet** fullgånget; symptom af syfilis i 3:e månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Anser sig själf likasom barnfadern fri från syfilis; haft umgänge med honom i 3 år. Fick d, 25/3 1871 en fullgången gosse, som diade modern och fostrade sig väl till slutet af maj, då han började blifva orolig och få dålig matlust, i början af juni utslag vid anus och efter hand å andra kroppsdelar. Vid inkomsten d. 19/6 är modern fri från symptom af syfilis. Barnet tämligen väl nutrieradt, men oroligt och skrikigt. Missfärgning kring munnen och ragader i munvinklerna; miliära papler å flere kroppsdelar, mest extremiteterna; röda fläckar å fotsulorna; excoriation å hårda gommen; mjälten något förstorad. Ord. smörjkur. Snar förbättring. Utskrefvos d. 24/7.

Fall 6.

Modern 31-40 år; **og. Barnet** ofullgånget?; symptom af syfilis i 1:a månaden; utskr. symptomfritt.

För 8 år sedan ett friskt ännu lefvande barn. Sedan 2 år samlag endast med en man; vet ej, om han varit smittad. Vill själf ej hafva haft tecken

till syfilis. Fick d. $^{22}/_{11}$ 1873 en enligt hennes tro 3 veckor förtidig men frisk gosse, som till en början diade modern och artade sig väl till i 4:e veckan, då han blef orolig, fick utslag i ansiktet och snufva. Vid inkomsten d. $^{20}/_{12}$ har modern en ringa allmän adenit men inga tydliga tecken på syfilis. Barnet magert och oroligt. Snufva. Hela munnens omgifning har en ganska intensiv brunaktig färgning och fjällar. Fjällande fläckar å händer och fötter. Buken stor och spänd. Ord. smörjkur. Förbättring, som ostördt fortgick. Utskrefs d. $^{4}/_{3}$ 74. Intogs åter d. $^{1}/_{4}$ med mukösa papler vid anus, snufva och stor mjälte. Ord. hydr. c. creta. Vaccinerades d. $^{26}/_{5}$ och alla 6 pustlerna utvecklade sig väl. Utskrefs d. $^{18}/_{11}$.

Fall 7, 8.

Modern 31-40 år; **og.** Det första **barnet** fullgånget; symptom af syfilis i 1:a månaden; utskr. symptomfritt. Det andra **barnet** fullgånget, symptom i 2:a månaden; utskr dödt.

Under 1865 fick hon en frisk, ännu lefvande gosse. Intogs å SH d. $^{7}/_{7}$ 1870 med en 6 veckor gammal flicka. Ville själf ej hafva haft symptom af syfilis och kände ej barnfaderns hälsotillstånd. Barnet var fullgånget vid födelsen och diade modern. I 3:e veckan hade det börjat blifva oroligt, få ojämn afföring och snufva, hvartill efter en vecka kom utslag. Vid inkomsten hade modern ringa ellmän adenit men inga tydliga symptom af syfilis. Barnet oroligt och magert, hade låga fjällande papler å nedre delen af bålen och extremiteterna, äfven händer och fötter, där å en del efflorescenser funnos skorpbildningar, å ena handen en pemphigusartad blåsbildning. Fick smörjkur och utskrefs symptomfri d. $^{6}/_{9}$. Samma kvinna inkom d. $^{19}/_{1}$ 1878 med en späd gosse, som var född d. $^{19}/_{11}$ 1877 och fullgången. Hos modern kunde endast konstateras några små hårda körtlar i ljumskar och å halsen. Barnet hade fostrat sig väl under en månad men därefter blifvit oroligt, fått snufva och ojämn afföring, efter ett par veckor utslag å kroppen. En vecka före inkomsten blef buken spänd och andtäppa uppstod. Barnet är tämligen väl nutrieradt, men blekt, kakektiskt. Huden kring munnen och å hakan fjällande. Fjällande papler å händernas och fötternas insidor. Buken starkt spänd; barnet skriker vid dess undersökning. Mjälte och lefver kännas stora. Ytlig respiration. Ord. hydr. c. creta. Föll altmera och afled d $^{23}/_{1}$. Vid obduktionen anmärktes: Hufvudskålens förbening långt framskriden och främre fontanellen helt liten. Hjärnans gyri väl utvecklade. Hjärnmassan blodfattig. I bägge sidoventriklarna, mest den högra, ej obetydlig ependymskleros; bägge bakre hornen till en del oblitererade. Mjälten betydligt förstorad med förtjockad kapsel. Lefvern stor och tung, snittytan homogen, gulgrå med talrika miliära gummata. Atelektatiska fläckar i lungorna. Ringa osteokondrit.

Anmärkas bör, att kvinnan vid sista inkomsten sökte dölja, att hon varit här 1870. Olika fäder till alla barnen.

Fall 9.

Modern 31-40 år; **og. Barnet** fullgånget; symptom af syfilis i 3:e månaden; utskr. symptomfritt.

Fem barn i äktenskap; mannen, förut altid frisk, afled i lunginflammation. De tre äldsta barnen döda vid olika ålder i akuta sjukdomar, de två lefva friska. Anser både sig själf och den nuvarande älskaren frisk. Fick d. $^{20}/_{8}$ 1880 en fullgången gosse, som till en tid diade modern och höll sig frisk i 2 månader, men därefter fick utslag först vid anus. Vid inkomsten d. $^{27}/_{11}$ har modern en lindrig allmän adenit, men inga säkra symptom af syfilis. Barnet tämligen väl närdt, har flera brunaktiga fläckar kring näsa och mun, fjällande fläckar å underarmarna och däribland några typiska nummulära papler. Mjälten något förstorad. Ord. hydr. c. creta. Snar förbätt-

ring. Utskrefvos d. 16/1. Återkommo d. 21/5, då barnet hade muköea papler vid anus och lårveck. Fick samma behandling och utskrefs d. 12/7.

Fall 10.

Modern 21-30 år; og. Barnet ofullgånget; symptom af syfilis i 2:a månaden; utskr. fb.

Förstföderska. Vill själf ej hafva haft tecken till syfilis, men tidtals bleksot och flytning från genitalia. Hos barnfadern observerade hon någon tid före sin nedkomst brunaktiga fläckar å pannan och benen. Fick d. 5/11 1884 en flicka, som skall hafva varit en månad för tidig, men frisk till utseendet. Barnet, som diade modern, fick i 6:e veckan snufva, utslag å händer och fötter samt föll af. Vid inkomsten å SH d. 9/1 85 kunde hos modern ingenting annat misstänkt upptäckas än en ringa allmän adenit och en obetydlig rodnad å bakre svaljväggen utan subjektivt obehag. Barnet magert, oroligt och kvidande. Trakten kring mun och haka brunröd, här och där vätskande; munnen öppen med torra läppar; händer och fötter starkt fjällande; händerna krökta, utsträckas aldrig. Mjälten ej märkbart förstorad. Ord. hydr. c. creta. Förbättring började snart och barnet utskrefs d. 6/3 magert och med förstorad mjälte (den ansvälde efter inkomsten) men annars utan symptom.

Fall 11.

Modern 21-30 år; og. Barnet fullgånget; symptom af syfilis i 3:e månaden; utskr. dödt.

Förstföderska. Vill själf ej hafva haft syfilis, men barnfadern lär hafva behandlats för venerisk sjukdom för flera år sedan:; hon har dock ej sett något misstänkt hos honom. Fick d. 6/2 1886 å BB en liten, men, som hon tror, fullgången flicka. Denna lämnades till fostermoder och uppföddes vid flaska; har hållit sig klen. I början af maj utslag å ansikte och kroppen i öfrigt. Vid inkomsten d. 27/5 fans hos modern en ringa allmän adenit. Hon företeddde å bägge labia majora ett stråligt ärr »efter en sjukdom i barndomen» och äfven å buken några dylika ärr. Barnet oroligt och skrikigt. Munnens omgifning brunaktig och torr. Ymniga fläckar och låga papler, delvis lätt fjällande, å bål och extremiteter. Buken stor och spänd med talrika injicierade hudvener. Lefverns rand kännes långt ned och hård. Mjälten betydligt förstorad. Afföringen blek, leraktig. Ord. hydr. c. creta. Någon förbättring tycktes inträda, men barnet föll snart åter och afled d. 23/6. Vid obduktionen fans en betydlig interstitiel hepatit och mjältansvällning.

Fall 12.

Modern u. 21 år; og. Barnet ofullgånget; symptom af syfilis i 2:a månaden; utskr. symptomfritt.

Förstföderska. Barnfadern skall hafva haft syfilis, men själf vill hon ej hafva förmärkt något symptom däraf. Fick d. 30/3 1889 en flicka, som sades vara 6 veckor för tidig. Barnet, som diat modern till kort före inkomsten, var friskt under en månad, men fick då snufva och snart utslag vid anus. Vid inkomsten d. 16/6 funnos hos modern en ringa adenit å ljumskar och hals, men inga tydliga symptom af syfilis. Barnet klent och magert. Stark snufva. Munnens omgifning missfärgad; flera ragader å läpparna. Vätskande papler vid anus; fjällande papler å armar och ben. Mjälten betydligt förstorad. Ord. hydr. c. creta. Förbättrades och det syfilitiska utslaget försvann, men barnet fick talrika ytliga och djupare abscesser i hud och subkutan bindväf, som voro envisa. Utskrefs d. 3/9 magert och med kvarstående mjältförstoring men i öfrigt symptomfritt.

Fall 13.

Modern 31-40 år; **og. Barnet** fullgånget; symptom af syfilis i 1:a månaden; utskr. fb.

För 10 år sedan ett friskt ännu lefvande barn. Missfall i 6:e månaden för 7 år sedan. Vill själf ej hafva haft tecken till syfilis och aldrig märkt något misstänkt hos den man, hvars konkubin hon är sedan 2 år. Fick d. $^{15}/_{1}$ 1890 en fullgången gosse, som hon ammat. Barnet fostrade sig väl i 2 veckor, då ett utslag uppkom å klinkor och ben, som efter hand ökats. Vid inkomsten finnes hos modern en ringa allmän adenit, men inga säkra tecken på syfilis. Barnet ganska väl nutrieradt men blekt och oroligt; någon snufva; munnens omgifning brunröd, fjällande; ett rikligt fläckigt och papulöst utslag å bål och extremiteter; paplerna i olika utvecklingsstadier; mjälten förstorad; någon adenit i ljumskar och hals. Ord. hydr. c. creta. och sublimatbad 2 gånger i veckan. Förbättring inträdde snart. Utskrefs på moderns begäran d. $^{17}/_{4}$ ännu något blek och med förstorad mjälte.

Fall 14.

Modern 31-40 år; **g. Barnet** ofullgånget; symptom af syfilis i 2:a månaden; utskr. dödt.

Fick ett barn i juli 1890 med sin nuvarande äkta man. I andra månaden fick barnet utslag och sköttes flere gånger å poliklinik för syfilis samt dog i december 1892 af någon bröstsjukdom. Vill aldrig själf hafva haft syfilis eller något, som därför kunde misstänkas, men låter förstå, att hennes 24-årige man vårdats å sjukhuset för venerisk sjukdom. Detta är riktigt, men han hade endast gonorré. Kvinnan fick d. $^{19}/_{12}$ 1892 en flicka, som ansågs vara en månad för tidig. Detta likasom förra barnet diade modern och höll sig tämligen bra under 6—7 veckor men föll då af och fick utslag. Vid inkomsten d. $^{21}/_{2}$ 1893 funnos hos modern några små hårda körtlar i ljumskarna och vänstra sidan af halsen samt en torr follikular ansvällning å vänstra labium majus, men inga säkra symptom af syfilis. Barnet någorlunda närdt, men ytterst klent och kvidande. Huden blek, nästan vaxlik, med en mängd helt svaga gråbruna fläckar å större delen af kroppen; ödem å handryggarna; små körtelsvulster å ljumskar och hals; mjälten förstorad. Diar svagt. Föll altmera och dog d. 23. Vid obduktionen befans hjärnan synnerligen anemisk. Mjälten betydligt förstorad med förtjockad kapsel. Lefvern snarare liten; snittet blekt, homogent; konsistensen fast. Lungorna ovanligt blodfattiga. Thymus helt liten och slapp. Öfriga organ utan anmärkning.

Fall 15.

Modern 21-30 år; **og. Barnet** fullgånget; symptom af syfilis i 2:a månaden: utskr. dödt.

Förstföderska. Vill ej hafva förmärkt någon sårnad, utslag eller annat misstänkt å sin kropp. Barnfadern känner hon ej närmare, ej haft umgänge med honom sedan 4:e hafvandeskapsmånaden. Fick å BB d. $^{26}/_{3}$ 1893 en fullgången frisk gosse, som diade modern och fostrade sig väl in i 7:e veckan, då han började blifva orolig och få utslag. Hon tog själf ammtjänst i en familj, medan en bekant ammade hennes eget barn. Detta uppvisade hon för familjens läkare, som tillrådde henne att lämna tjänsten och begifva sig hit med barnet. Vid inkomsten d. $^{26}/_{5}$ har modern en lindrig allmän adenit och ringa rodnad i isthmus faucium men inga tydliga tecken till syfilis. Barnet ganska väl nutrieradt. I ansiktet, mest hakan och superciliarregionen, låga fjällande papler och skorpbildningar, ragader i munvinklarna; snufva:

ett fläckigt lätt pigmenteradt utslag å bål och extremiteter, å benen här och där papulöst; hudlösheter kring anus; mjälten betydligt ansväld. Ord. hydr. c. creta. Barnet förbätttrades snart och var d. 5/7 symptomfritt med frånseende af mjältsvulsten. Fram uti augusti började barnet falla af, blifva blekt, ej ökas i vikt och få hosta. Vi försökte återtaga hydr. c. creta, men lämnade det snart, då försämringen pågick. Där uppstod först en, sedan flera, mindre, ytliga, oregelbundna sårnader å mjuka gommen, hvilka envist kvarstodo. Barnet gick småningom utför under tilltagande hosta och förtätning i lungornas öfre delar samt afled d. 22/2 1894. Vid obduktionen fans en betydlig tuberkulos i bronkialkörtlarna och lungorna; mjälten förstorad, fästad vid omgifningen.





